



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SEXUALIDAD  
RESPONSABLE EN ESTUDIANTES DE UNA INSTITUCIÓN DE NIVEL MEDIO  
SUPERIOR**

**T E S I S**

**PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE**

**MAESTRA EN ENFERMERÍA**

**(ORIENTACIÓN: EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)**

**P R E S E N T A**

**AMELIA RODRÍGUEZ MÉNDEZ**

**TUTOR: MAESTRA. LILIANA GONZÁLEZ. JUÁREZ**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**MÉXICO DF**

**MARZO 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SEXUALIDAD  
RESPONSABLE EN ESTUDIANTES DE UNA INSTITUCIÓN DE NIVEL MEDIO  
SUPERIOR**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE**

**MAESTRA EN ENFERMERÍA**

**(ORIENTACIÓN: EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)**

**P R E S E N T A**

**AMELIA RODRÍGUEZ MÉNDEZ**

**TUTOR: MAESTRA. LILIANA GONZÁLEZ. JUÁREZ**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**MÉXICO DF**

**MARZO 2014**



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

## MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO AVILA MARTÍNEZ  
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN  
ESCOLAR, UNAM.  
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día 31 de octubre del 2013, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna AMELIA RODRÍGUEZ MÉNDEZ con número de cuenta 97548629, con la tesis titulada:

"EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SEXUALIDAD RESPONSABLE EN ESTUDIANTES DE UNA INSTITUCIÓN DE NIVEL MEDIO SUPERIOR."

bajo la dirección del(a) C a Doctora Liliana González Juárez

Presidente : Doctora Silvia Crespo Knopfler  
Vocal : C a Doctora Liliana González Juárez  
Secretario : Maestro Rafael Sánchez de Tagle Herrera  
Suplente : Maestra Reyna Matus Miranda  
Suplente : Maestra Margarita Ramírez Trigos

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
MÉXICO D, F. a 03 de diciembre del 2013.

  
MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ  
COORDINADORA DEL PROGRAMA

## Agradecimientos

A la Dra. Liliana González Juárez. Profesora de tiempo completo de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por su apoyo, atención, confianza y guía en la elaboración del presente trabajo.

Al comité tutorial por enriquecer este trabajo con sus valiosas aportaciones.

A la División de estudios de Posgrado de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por el apoyo y las facilidades otorgadas para concluir este proyecto.

Al Dr. José Luis Castrejón Caballero por su invaluable apoyo en el análisis de datos.

## **Dedicatoria**

**A Francesco Canchola Aguilar por estar a mi lado, por tu amor y comprensión ya que sin ti no hubiera sido posible alcanzar este sueño.**

**Mil gracias**

Índice	Paginas
	Resumen 1
	Abstrac 2
I.	Introducción 3
II.	Marco teórico 5
2.1.	Salud sexual y reproductiva de los adolescentes. 7
2.2.	Situaciones de riesgo por prácticas sexuales inadecuadas. 11
2.3.	Promoción de la salud y salud reproductiva 20
2.4.	Revisión de la literatura 27
III.	Problema 31
IV.	Hipótesis 33
V.	Objetivos 33
VI.	Material y métodos 34
6.1.	Tipo de estudio 34
6.2.	Población y muestra 34
6.3.	Variables 36
6.4.	Métodos y técnicas 37
6.5.	Diseño estadístico 37
VII	Aspectos éticos y legales 42
VIII.	Resultados 43
IX.	Discusión 58
X.	Conclusiones y perspectivas 62
XI.	Referencias bibliográficas 64
XII.	Anexos 70
12.1.	Intervención educativa
12.2.	Instrumento

## Resumen

**Antecedentes.** Desde hace ya varias décadas el tema de la sexualidad de los adolescentes ha ocupado un importante espacio en diversos sectores en México y en el mundo, sin embargo la información que ellos reciben no siempre es la más adecuada. Diversos autores argumentan que las intervenciones educativas en la adolescencia son la oportunidad para que ellos reciban información confiable, veraz y oportuna de manera que puedan aclarar sus dudas sobre los temas que a ellos les interesan.

**Objetivo:** Evaluar el efecto de una intervención educativa sobre sexualidad responsable para incrementar los conocimientos y favorecer las actitudes hacia el uso correcto del condón.

**Método:** Se realizó un estudio pre-test y pos- test en una Institución de nivel medio superior, la muestra estuvo constituida por 136 alumnos y se trató de un muestreo por conveniencia.

**Resultados:** La edad de los estudiantes fue de 15 a 19 años, con una media de 16.45 y una DE de .986. El 33 % (45) de la población estudiada había iniciado vida sexual con un promedio de edad de 15.43 y una DE de 1.281, y un 65% afirmó conocer sus derechos sexuales. En cuanto a las conductas de riesgo afirmaron haber tenido relaciones sexuales sin protección un 55% de los hombres (12) y un 57% de las mujeres (13). En la Suma de Rangos de Wilcoxon para analizar las diferencias en el pre-test y pos-test y se encontró significancia estadística en la colocación correcta del condón y los conocimientos.

**Conclusiones:** la intervención de educación sexual cobra relevancia, y debería ser la base de cualquier estrategia de prevención ya que podría ayudar a los adolescentes a comenzar su actividad sexual con prácticas protegidas siendo una conducta constante de prevención en su vida futura.

**Palabras clave:** Adolescencia, sexualidad responsable, condón, intervención educativa.

## Abstract

**Background:** For the last few decades, the subject of teenage sexuality has held an important place in various sectors of Mexico and the world; nevertheless, the information they receive is not always the most adequate. Various authors have argued that educational interventions in adolescence are an opportunity for them to receive reliable, true, timely information so they can clear up their doubts about the subjects that interest them.

**Objective:** To evaluate the effect of educational intervention on responsible sexuality to increase knowledge and favor attitudes about the correct use of the condom.

**Method:** A pre and post-test study was held in an upper middle institution, the sample included 136 students 15 to 19 years old, and was a sampling by convenience.

**Results:** The age of the students was 15-19, with an average of 16.45 and a SD of .986. 43% (70) of the population studied had begun a sex life at an average age 15.43 and SD of 1.281. In regards to risky behavior, 65% of the men (20) and 73% of the women (24) admitted having unprotected sex. Of this 43% of sexually active adolescents, 3% of the men and 6% of the women stated having a STD. In the Wilcoxon Sum of Ranges to analyze differences in pre-test and post-test, statistical significance was found in the correct placement of a condom.

**Conclusions:** Educational sexual intervention is relevant and should be the basis of any prevention strategy, since it may help adolescents beginning sexual activity with protected practices, this being a constant prevention behavior for their future lives.

**Key words:** Adolescence, responsible sexuality, condom, educational intervention.

## **I. INTRODUCCIÓN**

En los últimos años, el tema de la sexualidad adolescente ha ocupado un importante espacio en diversos sectores en México, como son el religioso, social, educativo y de salud, esto ha ocurrido en parte, como una reacción a la escasa y deficiente información sobre sexualidad, aunado a la falta de orientación sobre la misma que está teniendo la población adolescente de nuestro país.

En México, a pesar de los cambios culturales, persisten tabúes sobre la sexualidad, mismos que permean los diferentes sectores de la sociedad, temas como las relaciones sexuales, el embarazo no planeado, los roles de género, los derechos sexuales de los adolescentes son tratados con dificultad o de soslayo por profesores y padres de familia en el mejor de los casos, y han sido ignorados la mayor parte del tiempo. Esta clara ausencia de una educación formal de la sexualidad lleva en algunas ocasiones a la distorsión de la vida sexual de los adolescentes.

Los problemas de salud que pueden encontrar los adolescentes al iniciar la vida sexual sin una educación adecuada, son la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo dentro de estas el VIH/SIDA, además de los embarazos no planeados; por estos motivos, en la actualidad desde la Educación para la Salud, se promueve que los adolescentes retrasen el inicio de la relaciones sexuales, usen métodos anticonceptivos modernos y eficaces, y utilicen de manera correcta el condón.

La adolescencia es una etapa de la vida que requiere de atención, de información objetiva y de opciones que puedan facilitar el desarrollo armónico y un camino firme hacia la vida adulta. Es por eso que para favorecer la toma de decisiones de manera libre e informada sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes es necesario hablar de estos temas, también de conductas de riesgo y de métodos anticonceptivos, de embarazos no planeados y de sus consecuencias; de los derechos que tiene todo adolescente de decidir en qué

momento y con quien tiene relaciones sexuales, de manifestar su opinión y de estar bien informado, pero sobre todo a recibir atención profesional en áreas que afecten su salud sexual y su reproducción.

Se pretende con este trabajo poner en marcha un programa de intervención educativa que permita potenciar las conductas de prevención, especialmente el uso del condón en las relaciones sexuales en los adolescentes, ya que se considera que a pesar de los múltiples esfuerzos de las diferentes instancias los jóvenes requieren de acciones específicas, esto es, detectar la información que ellos necesitan y diseñar un programa que responda a esas necesidades.

## II. MARCO TEÓRICO

Este marco teórico está conformado de la siguiente manera: en el capítulo uno se habla de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en donde se proporcionan los conceptos de interés en este estudio. En el apartado dos se analizan las situaciones de riesgo por las prácticas sexuales de los adolescentes. El capítulo tres considera la Promoción de la Salud como una estrategia básica para proteger y mejorar la salud de los adolescentes y finalmente en el capítulo cuatro se realiza la revisión del estado del arte que guía este trabajo de investigación.

En los últimos años los jóvenes del mundo enfrentaron transformaciones que revolucionaron en forma conceptual y práctica su proceder sexual. Estos cambios incidieron en los valores, las creencias, las pautas de conducta, las normas las relaciones amorosas, y el comportamiento por género. En la actualidad los jóvenes inician vida sexual a más temprana edad lo que los lleva a vivirla sorteando los cambios históricos heredados y enfrentando el presente a un costo alto<sup>1,2,3, 4</sup>.

En el terreno de la sexualidad las dudas se convierten en prejuicios que pueden provocar problemas en la expresión de la conducta en este campo. A pesar de que la pertinencia y la calidad de los programas de educación sexual en los últimos años ha generado grandes avances, sin embargo, siguen siendo insuficientes<sup>5</sup>. Es por eso que la educación para la Salud Sexual y Reproductiva se toma como un elemento emergente para contrarrestar la falta de información, los prejuicios existentes, la confusión en la toma de decisiones y la planeación de vida<sup>6</sup>.

Un aspecto que se considera de suma importancia es conocer las fuentes de información acerca de la sexualidad que tienen los adolescentes; a este respecto en la búsqueda de la literatura se encontró que los autores afirman que acuden: en casa a los padres y en la escuela a los maestros para obtener información<sup>7,8</sup>.

Etimológicamente adolescencia proviene del latín *ad*: a, hacia y *olescere* de *olere*: crecer. Significa la condición y el proceso de crecimiento. Se define como la etapa del desarrollo humano, que tiene un comienzo y una duración variables, la cual marca el final de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta, está marcada por cambios interdependientes en las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del ser humano<sup>9</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es una de las etapas de la vida y uno de los grupos de población que se ubica entre los 10 y 19 años<sup>10</sup>, se inicia con la pubertad la cual se caracteriza por cambios biológicos y corporales como son el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la adquisición de la capacidad reproductiva. Los cambios emocionales más importantes de esta etapa son: la búsqueda de la identidad, el alejamiento de los padres, el duelo por la infancia y el fortalecimiento del yo; se concibe como un periodo de aplazamiento y preparación para las responsabilidades de la vida adulta como son encontrar empleo, iniciar la vida en pareja o convertirse en padres<sup>11</sup>.

La población adolescente en México se ha incrementado sustancialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, siendo para el 2010 once millones de adolescentes de 15 a 19 años según datos del Censo Nacional de Población y vivienda<sup>12,13</sup>.

Actualmente a nivel mundial se estima que existen alrededor de 1, 200 millones de jóvenes entre 15 y 24 años de edad, esto representa la cifra más alta de la historia y se espera que llegue a cerca de 1,300 millones en el 2030. De acuerdo a la OMS, este es un grupo de edad mayoritariamente saludable<sup>14</sup>; no obstante a nivel mundial representa más del 33% de la carga de la enfermedad y cerca del 60% de las muertes prematuras en adultos están asociadas a conductas que se inician en la adolescencia como el tabaquismo, el consumo de alcohol y las prácticas sexuales riesgosas<sup>15</sup>.

## **2.1. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes**

La sexualidad es un componente de la persona la cual se desarrolla a lo largo de toda la vida. Comprende aquellos aspectos físicos, psíquicos y sociales que se refieren a actitudes y actividades hacia el propio ser y no solo hacia el sexo<sup>16</sup>. Es un elemento esencial del ser humano y es un constituyente de la salud reproductiva que debe ser satisfactorio, saludable y sin riesgos. En lo que respecta a los adolescentes, éstos tienen necesidades específicas en este terreno que requieren atenderse.

Sin desconocer la dificultad de llegar a una definición universalmente aceptable de la sexualidad humana, se presenta como un paso en esta dirección la siguiente definición: la salud sexual es 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. Presentan decisiva importancia desde ese punto de vista el derecho a la información sexual y al placer<sup>17</sup>.

La salud sexual y reproductiva se define como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo sus funciones y procesos. Por lo tanto, conlleva la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no, cuando y con qué frecuencia<sup>18</sup>.

Otra definición que hay que tener en cuenta es la de conducta sexual responsable, al respecto la OPS y la Asociación Mundial de Sexología de inglés World Association for Sexology (WAS), enuncian que la conducta sexual responsable se expresa en el ámbito individual, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por ser autónoma, mutua, honesta, respetuosa, consensual, protectora, que busca el placer y el bienestar, por lo tanto la persona que muestra una conducta sexual responsable no pretende provocar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación<sup>19</sup>.

Una comunidad favorece estas conductas al proporcionar conocimientos, recursos y fomenta los derechos individuales necesarios para que se puedan dar estas prácticas.

Estas condiciones llevan sobreentendido el derecho del hombre y de la mujer a obtener información de planificación de la familia, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén prohibidos, que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables. El derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y se brinde a las mujeres las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

En consonancia con estas definiciones, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con ésta. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en esta materia y de infecciones de transmisión sexual<sup>18</sup>.

En México las actividades de salud, y dentro de ellas los servicios de planificación familiar, constituyen una de las asignaturas objeto de la actualización normativa, por su enorme importancia para la vida de las personas, su cobertura y la trascendencia para la calidad de vida para la población mexicana.

La Norma Oficial Mexicana: NOM 005 – SSA2-1993 de los servicios de Planificación Familiar describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye tanto la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos como la identificación, manejo y referencia de casos con esterilidad e infertilidad, destacando los elementos de información, orientación y consejería<sup>20</sup>.

El objetivo de esta Norma es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a

la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, la prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, el manejo y la referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social<sup>17</sup>.

El campo de aplicación de esta norma está formado por los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado y regula los requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que los constituyen.

La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. Es de suma importancia destacar que ésta es una Norma de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores público, social y privado del país<sup>17</sup>.

Sin embargo los aspectos de la salud sexual y reproductiva en los adolescentes son un capítulo aparte. Un conjunto creciente de conocimientos indica que los problemas de la sexualidad humana son más hondos e importantes para el bienestar y la salud de individuos de muchas culturas que lo que se había admitido anteriormente, y que la ignorancia de las cuestiones sexuales y las nociones erróneas sobre las mismas guardan estrecha relación con diversos problemas de salud y con la calidad de la vida<sup>21</sup>.

Para que las instituciones de salud, satisfagan las necesidades de los jóvenes se deben contemplar los siguientes rubros en los prestadores de dichos servicios: la información básica acerca de los aspectos biológicos y psicológicos del desarrollo

sexual, la reproducción humana, la variedad y la disfunción del comportamiento, así como las infecciones de transmitidas sexualmente.

El personal de salud debe tener una actitud positiva hacia la sexualidad y la posibilidad de discutir objetivamente estas cuestiones, dar información y asesoramiento adecuado, por lo que deben formarse para tener los recursos y conocimientos suficientes para abordar temas complejos de la sexualidad<sup>22</sup>.

La educación sexual ha de ser elemento básico de la medicina preventiva, pero también ha resultado eficaz en la asistencia prestada a los individuos y a las parejas con problemas sexuales. El personal de los servicios de salud y de otros servicios públicos necesita formación más especializada para hacerse cargo del asesoramiento y consejería a los adolescentes<sup>23</sup>.

La sexualidad y el bienestar sexual del adolescente son componentes integrales de su salud y desarrollo. Todos los seres humanos son intrínsecamente sexuales y este desarrollo evoluciona durante la infancia y la adolescencia, sentando las bases para la salud del adulto. Adaptarse a los cambios y proteger su salud, incluyendo la reproductiva, es uno de los mayores retos para este grupo de la población. Este periodo es el momento oportuno para abordar la salud sexual y las inquietudes que surgen al respecto con el fin de mejorar la salud general de los jóvenes<sup>11</sup>.

## **2.2. Situaciones de riesgo por prácticas sexuales en la adolescencia**

En las últimas décadas, el conocimiento de la sexualidad humana ha cobrado mayor interés ya que se le considera el eje central del desarrollo biopsicosocial del ser humano así como por las consecuencias que se originan de ella.

Se considera que la sociedad en su conjunto, cuente o no con información sobre este tema, está expuesta a los riesgos que representa la falta de consciencia y responsabilidad ante la práctica sexual sin tener precauciones. Es evidente que la población más susceptible de encontrarse en situación de riesgo son los adolescentes en quienes las condiciones físicas, sociales, y culturales que les rodean provocan conductas que van en contra de su bienestar emocional y físico<sup>18</sup>.

La adolescencia es una etapa que implica cambios biológicos, físicos, afectivos, y sociales, éstos generan algunas actitudes en ellos como son: aislamiento, frustración, baja autoestima y también conductas de autosuficiencia e invulnerabilidad. Los jóvenes creen que están exentos de aquellas situaciones de riesgo como son: adoptar el consumo de alcohol y drogas adquirir una ITS por relaciones sexuales no protegidas, incluyendo aquí VIH/SIDA, y en las mujeres quedar embarazadas a temprana edad incluso en la primera relación sexual.

Es sabido que un primer embarazo a una edad temprana es peligroso. Los nacimientos de madres adolescentes representan un 11% de todos los nacimientos a nivel mundial, pero también corresponde a ellos el 23% de la carga de la morbilidad global (en cuanto años de vida ajustados en función de la discapacidad) atribuible a embarazos y partos entre las mujeres de todas las edades. En los países de ingresos bajos y medianos, las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres de 15 a 19 años<sup>24</sup>.

Los embarazos precoces y no deseados guardan relación con el aumento del nivel de abortos provocados, los cuales si se realizan en condiciones peligrosas,

entrañan graves riesgos para la salud y pueden llegar a causar la muerte. Se calcula que en el 2008 se registraron tres millones de abortos peligrosos entre las mujeres de 15 a 19 años de edad en los países en desarrollo. Hasta un 65% de las mujeres que padecen fistula obstétrica la desarrollaron en la adolescencia y este hecho adquiere graves consecuencias desde el punto de vista físico como social<sup>25</sup>.

Los embarazos en la adolescencia son peligrosos también para los hijos: en los países de bajos y medianos ingresos, la mortalidad perinatal y el primer mes de vida de los niños nacidos de madres de menos de 20 años es superior en un 50% a la mortalidad de los nacidos de madres de 20 a 29 años; cuanto más joven es la madre mayor es el riesgo. Las tasas de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y asfixia son más altas entre los hijos de las adolescentes. Todas esas afecciones aumentan las probabilidades de muerte o de futuros problemas de salud del niño. Además de que las posibilidades de consumir tabaco y alcohol son mayores entre las adolescentes embarazadas que entre las mujeres de más edad y esas prácticas contribuyen a la muerte perinatal y el bajo peso al nacer entre otros problemas de salud de los hijos de estas mujeres<sup>25</sup>.

Las consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia, sobre todo para las adolescentes solteras pueden ser graves. El abandono escolar se traduce en un nivel de instrucción inferior. No solo frente al desarrollo personal de la mujer, sino que hace que sus ingresos sean menores de por vida, y por tanto que su contribución al crecimiento económico también sea menor<sup>25</sup>.

Los embarazos de adolescentes solteras a veces dan lugar a actos de violencia, aunque no se dispone de datos confiables sobre el alcance de este problema, se reconoce cada vez con mayor frecuencia que los embarazos son motivo de suicidio entre las adolescentes embarazadas<sup>25</sup>.

Los embarazos precoces también están asociados a una tasa global de fecundidad más alta. La reducción del número de embarazos precoces y la promoción de un espaciamiento adecuado de los nacimientos contribuyen a que

ésta disminuya, a su vez una baja fecundidad está relacionada con un mejor estado de salud de los niños.

Enfatizando en el VIH/SIDA; la Organización Mundial de la Salud dio a conocer que los jóvenes de 10 a 24 años de edad están contrayendo la enfermedad y se estima que cada año 2 millones de jóvenes se infectan por VIH; dos tercios de esta población son mujeres<sup>25</sup>.

A finales del 2010, se estima que alrededor de 34 millones de personas vivían con VIH en el mundo; en esta cifras se incluyen 3,4 millones de niños menores de 15 años.<sup>26</sup>.

El crecimiento constante de esta epidemia se sustenta más que en las deficientes estrategias de prevención, en la incapacidad del mundo para aplicar los instrumentos altamente eficaces de que dispone con miras a contener la propagación del VIH; muchos de los responsables de formular políticas se niegan a poner en marcha medidas cuya eficacia ha quedado probada<sup>27, 28</sup>.

ONUSIDA como principal promotor de la acción mundial contra el VIH/SIDA, dirige, refuerza y apoya una respuesta ampliada encaminada a prevenir la transmisión del VIH, prestar asistencia y apoyo, reducir la vulnerabilidad de los individuos y las comunidades y mitigar el impacto de la epidemia. Fue establecido en 1996 y su logo representa el símbolo de las Naciones Unidas. Tiene un listón rojo que es el símbolo internacional de la prevención y lucha contra el VIH/SIDA y engloba los preceptos de conciencia ante la epidemia, esperanza en la búsqueda de soluciones al VIH/SIDA y apoyo a aquellas personas que viven con VIH/SIDA y a sus familiares<sup>29</sup>

ONUSIDA es el programa conjunto de la ONU establecido para la lucha contra el VIH/SIDA, el cual presenta una serie de pasos para continuar progresando a nivel mundial en el camino hacia los objetivos de acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, así como para

detener y reducir la propagación del virus y contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015.

Esta estrategia, adoptada por la Junta Coordinadora del Programa en diciembre de 2010, está diseñada para situar la respuesta al VIH dentro del nuevo contexto global. La cual es una inversión a largo plazo y la intención de la estrategia es revolucionar la prevención del VIH, catalizar la próxima fase del tratamiento, la atención y el apoyo, y progresar en la realización de los derechos humanos y la igualdad de género. La prevención sigue siendo la mejor opción a falta de una vacuna contra esta enfermedad<sup>30</sup>. A continuación se enunciarán los objetivos de la estrategia de ONUSIDA para 2015 son:

- Reducir a la mitad la transmisión sexual del VIH, también entre los jóvenes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y dentro del contexto del trabajo sexual.
- Eliminar la transmisión vertical del VIH y reducir a la mitad la mortalidad materna relacionada con el SIDA.
- Prevenir todas las nuevas infecciones por el VIH entre usuarios de drogas.
- Acceso universal a la terapia antirretrovírica para las personas que viven con el VIH y que son elegibles para recibirla.
- Reducir a la mitad las muertes por tuberculosis en personas que viven con el VIH.
- Incluir en las estrategias de protección social nacionales a las personas que viven con el VIH y a los hogares afectados por el virus, quienes además tienen acceso a servicios de atención y apoyo esenciales.
- Reducir a la mitad el número de países con leyes y prácticas punitivas en torno a la transmisión del VIH, el comercio sexual, el consumo de drogas o la homosexualidad que bloquean las respuestas efectivas<sup>31</sup>.
- Eliminar en la mitad de los países que las imponen las restricciones en la entrada, estancia y residencia relacionadas con el VIH.

- Abordar las necesidades relacionadas con el VIH de mujeres y niñas en, al menos, la mitad de las respuestas nacionales al VIH. Donde se ha demostrado que las mujeres son las más afectadas<sup>32</sup>.
- Tolerancia cero con la violencia de género.

La estrategia de ONUSIDA es una hoja de ruta para el programa conjunto con objetivos concretos que señalan los hitos en el camino hacia la visión de ONUSIDA de “Cero nuevas infecciones por el VIH. Cero discriminación. Cero muertes relacionadas con el SIDA”<sup>33</sup>.

En la línea de la prevención existe necesidad de intensificar la educación sexual y el acceso libre e informado de los métodos anticonceptivos ya que los conocimientos sobre la biología de la reproducción de los estudiantes de nivel medio y superior son muy bajos<sup>34</sup>.

En Estados Unidos los autores reportan que 82% de los embarazos en adolescentes son no planeados y en más de la mitad de éstos no se utilizó condón<sup>35,36</sup>, dando lugar a ITS y a dichos embarazos.

Es sabido que el embarazo adolescente sigue siendo una posibilidad en la trayectoria de los jóvenes y se ha asociado con bajo rendimiento académico y una mayor tasa de deserción escolar<sup>37,38</sup>.

Dentro de las situaciones que preocupan a todos los sectores de la población es que los adolescentes tengan relaciones sexuales no protegidas y con ello la obtención de las Infecciones de Transmisión Sexual entre las que se encuentran: infecciones por VPH, Gonorrea, Sífilis, entre otras.

Los condones masculinos y femeninos son de vital importancia en la caja de herramientas de la salud sexual. Si se usan sistemática, correcta y consistentemente, ofrecen doble protección contra las ITS (incluido el VIH) y el embarazo no deseado. Además, los condones siguen siendo una parte esencial de la agenda global de prevención del VIH<sup>39,40</sup>.

El conocimiento y la información son las primeras líneas de defensa de los jóvenes en la lucha contra el VIH/SIDA, por lo que las estrategias de educación volcadas en la educación sexual de los adolescentes involucran entre otros a: los profesionales de la salud y los profesores, por lo que sus intervenciones no deben centrarse solamente en un modelo biológico; deben ir encaminadas a generar la reflexión de los jóvenes y puedan iniciar discusiones en una dimensión socialmente construida contemplando sus perspectivas físicas, psicológicas, emocionales, culturales y sociales, con la intención de una promoción integral de la salud del adolescente.

El impacto de la educación sexual puede incidir favorablemente en procesos como son: la natalidad, la fecundidad y la nupcialidad, en un contexto epidemiológico puede desempeñar un papel central en la prevención de ITS, especialmente en el caso del VIH<sup>41</sup>.

Los esfuerzos de educación en una localidad tienen más éxito cuando se suman a las campañas los medios masivos de comunicación.

En el caso del VPH; la infección causada por el virus de papiloma humano se ha incrementado en forma alarmante solo en los últimos 20 años y las tasas de mayor prevalencia son en adolescentes y mujeres jóvenes, con incremento en los casos de lesiones intraepiteliales en este grupo, lo que pudiera reflejar cambios en el comportamiento de mayor riesgo asociados con los factores biológicos del desarrollo en la adolescente. El comportamiento en la adolescencia puede tener repercusiones durante toda la vida, el exceso de información en fuentes no confiables, la mayor libertad y el desconocimiento de las consecuencias de una actividad sexual sin protección llevan a las adolescentes a incurrir en prácticas de riesgo para la salud<sup>42</sup>.

Del virus del papiloma humano se conocen más de 100 tipos virales diferentes, clasificados en: bajo, intermedio y alto riesgo de acuerdo con su capacidad de progresión oncogénica, de éstos 30 a 40 tipos infectan la región anogenital; los tipos 16 y 18 son responsables de 70% de los cánceres de cuello uterino, vagina y

ano y de 30 a 40 de vulva; también se han relacionado con el cáncer de pene y orofaringe. Los tipos 6 y 11 son causantes de papilomatosis laríngea recurrente, lesiones conjuntivales y de 90% de las verrugas genitales.

En México la prevalencia es variable y va del 14 al 18 % en adolescentes de acuerdo con datos proporcionados por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) la infección por virus del papiloma humano en las mujeres menores de 21 años tiene una prevalencia alta, pero estas lesiones regresan a la normalidad, con la atención adecuada<sup>23,43</sup>.

Si bien es cierto que en el caso del VPH el condón, parece no prevenir todas las infecciones causadas por este virus, si puede disminuir la cantidad de virus transmitido y su uso de forma correcta y consistente es importante para prevenir la infección persistente.

En el caso de la infección por VPH es importante proporcionar una orientación de prevención y llevar a los jóvenes a la reflexión ya que es causante del cáncer cervicouterino (CaCu) en un 95 a 99 %, por lo que es fundamental prevenir ya que el CaCu se ubica como la segunda causa de mortalidad de mujeres en México<sup>44</sup>.

La recomendación práctica es iniciar medidas preventivas en niñas preadolescentes y adolescentes que incluyan una adecuada educación sexual, la aplicación de vacunas profilácticas antes de iniciar las relaciones sexuales, el uso adecuado y consistente del condón, la detección temprana y el tratamiento adecuado de las lesiones cervicales producidas por el VPH, educación dirigida a evitar las prácticas sexuales de riesgo que causaron la infección, mejorar los hábitos de higiene y alimentación entre otros<sup>23,45</sup>.

El ambiente de la escuela juega un papel fundamental en la socialización y el desarrollo de los niños y jóvenes y se considera que es un entorno adecuado para las intervenciones para promover un comportamiento sexual sano<sup>15</sup>.

Las escuelas reúnen a un gran número de jóvenes dentro de una infraestructura establecida y proporcionan sistemas en los que las intervenciones pueden ser incorporadas. Como la mayoría de los jóvenes pasan una cantidad considerable de tiempo en la escuela, también es un espacio para las conexiones entre pares y las relaciones que influyen en el comportamiento individual y de grupo que se produzcan <sup>15, 21</sup>.

Mucho se habla del uso del condón, el énfasis se debe hacer en su uso correcto y consistente ya que esta acción constituye un elemento crítico en los programas de prevención de la mayoría de la ITS, VIH/SIDA y embarazos no planeados en las escuelas.

El uso correcto y consistente es la clave para la efectividad del condón, ya que la literatura refiere que los errores entre los que se encuentran la rotura y el deslizamiento suelen ser comunes. Hasta la fecha se han realizado pocos estudios en población universitaria y adulta acerca del uso correcto y las posibles fallas del condón entre las que se destacan el uso inadecuado de éste<sup>46, 47, 48, 49</sup>.

El uso consistente del condón significa su utilización en el 100% de los coitos, el uso correcto se refiere a la colocación previa a cualquier contacto pene-genitales sin escurrimiento del eyaculado o rotura del condón<sup>50</sup>.

En la Norma Oficial Mexicana: NOM 005 – SSA2-1993 de los servicios de Planificación Familiar se define el condón o preservativo como una bolsa de plástico (látex) que se coloca al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Algunos contiene además un espermicida (Nonoxinol-9). Es el único método que contribuye a la prevención de ITS, incluyendo el SIDA<sup>17</sup>.

La efectividad anticonceptiva del condón en condiciones habituales de uso es del 85% al 97%. Es un método indicado para el hombre con vida sexual activa y como apoyo a otros métodos anticonceptivos; está indicado en personas con actividad sexual esporádica y también como apoyo durante las primeras eyaculaciones

posteriores a la realización de vasectomía. También en los casos donde hay riesgo de exposición a ITS, incluyendo el SIDA.

El condón está contraindicado en casos de hipersensibilidad al látex o al espermicida o en el caso de disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil. La duración de la protección anticonceptiva está limitada al tiempo de su utilización correcta.

Forma de uso: debe usarse un condón nuevo en cada relación sexual desde el inicio del coito, debe usarse una sola vez, se debe verificar la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor a cinco años.

Se revisa la existencia de la burbuja de aire, se ubican los bordes dentados, se baja el condón en el paquete antes de abrirlo, se abre el paquete utilizando los pulpejos de los dedos, se saca el condón cuidando de no rasgarlo, se busca el lado hacia el cual se desenrolla, se aprieta el receptáculo de depósito del semen, se coloca en el pene erecto, se desenrolla con las yemas de los dedos hasta la base del pene, cuando el hombre no está circundado se debe retraer el prepucio hacia la base del pene antes de colocarlo.

Posterior a la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando está aun erecto, se sostendrá el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen o que se quede el condón en la cavidad. Se anudará el condón antes de depositarlo en el bote de la basura para evitar el derrame del semen. Si es necesario se utilizarán lubricantes a base de agua, para evitar la pérdida de su efectividad <sup>17,51,52</sup>.

### **3.3. Promoción de la salud**

En el nuevo milenio, la Promoción de la Salud (PS) es considerada como el fundamento de la Salud Pública. En el logro de los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas, la PS es la estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad.

La Promoción de la Salud no es un concepto nuevo, los antecedentes más cercanos en relación a la renovación de principios y la construcción teórica de la idea actual, se inicia con Henry Sigerist, quien concibió cuatro funciones relevantes de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación. Sigerist fue el primero en utilizar este término (PS) para referirse a las acciones que se basaban en la educación sanitaria y las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida de la población<sup>53</sup>.

En el mismo orden de ideas un evento que le abrió paso a la PS fue la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud en Alma-Ata en septiembre de 1978, donde se expresó la urgente necesidad de que todos los gobiernos, los trabajadores de salud y la comunidad mundial, realizaran acciones para promover y proteger la salud de la población.

Así mismo como campo de acción; La PS surgió a partir del Informe Lalonde en 1974 y del estudio de Thomas McKeown en 1976. Ambos señalaron que diversos factores influyen en la salud de la población más allá de los contemplados por los servicios de salud pública tradicionales y por los servicios médicos.

A partir de estos trabajos se reconoció la importancia de los factores sociales y ambientales y de los estilos de vida, y se observó un cambio importante en la teoría de la Salud Pública que culminó en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y en la adopción, en 1986, de la Carta de Ottawa donde se define la Promoción de la salud como: La estrategia que consiste en promocionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer

un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico mental y social que un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente<sup>54</sup>.

La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, trasciende la idea de formas de vidas sanas, y que la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario<sup>55</sup>.

En nuestro país la Promoción de la Salud es concebida como una estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de los mexicanos; es una acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria en favor de la salud; brindando oportunidades y posibilidades a la gente para que ejerza sus derechos y responsabilidades para la formación de ambientes, sistemas y políticas que sean favorables a su salud y a su bienestar.

Esto implica no solamente instrumentar acciones dirigidas a modificar las condiciones ambientales y económicas, sino a que se desarrolle un proceso que permita a las personas incrementar el control sobre determinantes de su salud y en consecuencia mejorar<sup>21</sup>.

La promoción de la salud debe contribuir a la salud para todos con equidad, por lo que es necesario fortalecer las vías de negociación entre diversas instancias de la sociedad, prestando atención al análisis de los factores sociales, culturales y políticos, especialmente a los entornos, valores, conocimientos, actitudes y prácticas individuales y colectivas que influyen en la salud, las condiciones de vida y el bienestar<sup>56</sup>.

La promoción de la salud en los próximos años debe fortalecer y reorientar sus acciones a fin de reducir los rezagos en salud que afectan a los jóvenes vinculando estas acciones con el desarrollo económico y social, garantizando la calidad de las intervenciones en todos los niveles de atención. Asimismo, deberá impulsar la participación organizada de todos los sectores y en todos los niveles primeramente en la elaboración del Plan Nacional de Acción en Promoción de la Salud, y posteriormente en la definición de responsabilidades para la instrumentación del mismo.

Las actividades de promoción se pueden desarrollar en diferentes escenarios y están dirigidos a grupos diversos de población, entre los que podemos mencionar: el hogar, la escuela y las universidades, las unidades de salud, los lugares de trabajo, establecimiento de servicios, así como el barrio, la colonia o el municipio. El fin último de dichas acciones será el de propiciar espacios saludables en los que los diferentes actores involucrados participen corresponsablemente en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar.

La promoción de la salud es una combinación de apoyos educativos y ambientales que favorecen las conductas o acciones que contribuyen a la salud. Cumple sus objetivos mediante una variedad de actividades cuyo objeto es moldear los comportamientos normales de las personas y poblaciones y se fundamenta en dos escuelas de pensamiento: la que se centra en las elecciones y responsabilidades personales, y la que se basa en el cambio social y del medio.

Se debe tener claro que promoción de la salud no es sinónimo de educación para la salud. Ésta procura informar a las personas sobre los temas relacionados con su salud; esperando puedan utilizar como base para la acción.

En cambio la Promoción de la Salud pretende no solo informar, sino también persuadir, motivar y facilitar la acción; utiliza una variedad de estrategias complementarias en distintos ámbitos y están dirigidas a diferentes grupos.

Estimula la formación de coaliciones e incita a los distintos organismos públicos, privados, voluntarios a participar en una causa común.

Una de las contribuciones más notables a la nueva teoría de Promoción de la Salud es el cambio trascendental del concepto salud. La concepción biomédica hizo crisis, dándose un nuevo paradigma que la considera a la salud con un enfoque holístico positivo que integra todas las características del bienestar humano y concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones.

En la carta de Ottawa quedaron establecidas las cinco funciones básicas necesarias para generar salud, éstas son: desarrollar aptitudes personales para la salud, desarrollar entornos favorables, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud e impulsar políticas saludables<sup>35</sup>.

1.- Desarrollar aptitudes personales para la salud. La Promoción de la Salud proporciona la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Al hacerlo genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, y para que utilice adecuadamente los servicios. Además ayude a que las personas se preparen para las diferentes etapas de la vida y afronten con más recursos las enfermedades, lesiones y sus secuelas.

2.- Desarrollar entornos favorables; La promoción de la salud impulsa que las personas se protejan entre si y cuiden su ambiente. Para ello estimula la creación de condiciones de trabajo y de vida gratificante, higiénica, segura y estimulante. Además procura que la protección y conservación de los recursos naturales sean prioridad de todos.

3.- Reforzar la acción comunitaria. La Promoción de la Salud impulsa la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones, elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud. Asimismo fomenta el desarrollo de sistemas versátiles que refuercen la participación pública.

4.-Reorientar los servicios de salud. La Promoción de la Salud impulsa que los servicios del sector salud trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica. También contribuye a que los servicios médicos sean sensibles a las necesidades interculturales de los individuos y las respeten. Asimismo impulsa que los programas de formación profesional en salud incluyan disciplinas de promoción y que presten mayor atención a la investigación sanitaria. También aspira a lograr que la PS sea una responsabilidad compartida entre los individuos, los grupos comunitarios y los servicios de salud.

5.- Impulsar políticas saludables. La promoción de la salud coloca a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados. Al hacerlo busca sensibilizarlos hacia las consecuencias que tienen sus decisiones. También aspira a propiciar que una decisión sea más fácil al tomar en cuenta que favorecerá a la salud.

Así mismo promueve que todas las decisiones se inclinen por la creación de ambientes favorables y por formas de vida, estudio, trabajo y ocio que sean fuente de salud para la población.

En la consejería orientada a los jóvenes, la promoción para la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, la OPS considera como uno de los objetivos a cumplir, que permitirá evitar las ITS incluyendo el VIH /SIDA<sup>57</sup>.

Esa línea de acción ha permitido que las políticas de salud pública, desde la década 1990, preparen en la agenda de la atención para la salud de los adolescentes, los problemas que afectan o son generados por este grupo de población, cuya interacción amplía o reduce el riesgo o la protección, pero sobre todo la comprensión. Se trata de un grupo que necesita promoción de la salud, la protección y contribución potencial al desarrollo personal, familiar y comunitario con el fin desarrollar habilidades en materia de salud sexual y reproductiva; salta a la vista que la Promoción de la Salud para prevenir el VIH/ SIDA, el embarazo precoz y las ITS es un reto para los profesionales la salud.

Se afirma desde esta perspectiva que la Carta de Ottawa sentó las bases para un nuevo paradigma de la salud formalizado en los cinco campos de la Promoción de la Salud, antes mencionados. Este paradigma representa el desarrollo de habilidades personales, mediante la difusión de la información y la Educación para la Salud, un campo privilegiado para la acción de la enfermería, donde deberá incidir en los siguientes aspectos: el desarrollo de habilidades personales, habilidades que desarrollen el autocuidado, aumenten el poder de decisión y negociación de los adolescentes, aprendan a no ceder a la presión, la práctica de autocuidado, favorecer actitud positiva para hacer frente a la sexualidad y el sexo seguro<sup>58</sup>.

El aumento de la problemática social ha llevado a establecer estrategias de prevención enfocadas en el aspecto conductual. Bandura en la Teoría Social Cognitiva señaló que los programas efectivos para la prevención deben estar basados en cuatro elementos fundamentales: la información diseñada para aumentar la conciencia y el conocimiento de los riesgos para la salud; el desarrollo de las habilidades sociales y de autorregulación necesarios para traducir preocupaciones fundadas en la acción preventiva.

El tercer componente está dirigido a mejorar la habilidad y la construcción de la autoeficacia a través de la práctica guiada y retroalimentación correctiva y su aplicación de las habilidades en situaciones de alto riesgo.

El último componente consiste en reclutar apoyos sociales para favorecer los cambios personales deseados. Para lograrlo, la gente necesita que le den no sólo las razones de alterar los hábitos de riesgo, sino también los medios y recursos para hacerlo<sup>59</sup>.

El personal de enfermería juega un papel relevante en el equipo de salud y debe promover actividades interdisciplinarias respecto a la educación sexual, despertando en los adolescentes interés por incrementar conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes, que contribuyen al ejercicio una sexualidad más responsable y segura.

## **2.4. Revisión de la literatura**

Por lo antes comentado en este apartado se presentan los datos relevantes sobre estudios enfocados en la implementación intervenciones educativas, y aquellos que evaluaron los conocimientos, actitudes y conductas de los adolescentes.

En España Hernández-Martínez en el 2009 realizó un estudio con 481 alumnos de bachillerato que tuvo como objetivo evaluar la efectividad de un programa de educación sexual en la adquisición de conocimientos acerca de métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia, así como el cambio de actitud ante el uso del preservativo.

Se trató de un estudio cuasi experimental con grupo control. La intervención consistió en 5 sesiones teórico-prácticas de 50 minutos acerca del empleo de métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia. La evaluación se realizó por medio de un cuestionario autoadministrado de preguntas cerradas que se aplicó antes de la intervención al mes y 6 meses después de ésta.

Entre sus resultados refieren asociación estadísticamente significativa entre la intervención y el aumento de los conocimientos acerca de métodos anticonceptivos. También se halló asociación significativa en el cambio de actitud y el empleo del preservativo y la pastilla de emergencia a favor del grupo de intervención<sup>60</sup>.

En Estados Unidos (EE UU) en el año 2009 López, realizó una revisión sistemática donde examinó 26 ensayos controlados aleatorizados (ECA) que probaron un enfoque teórico para informar la elección de un método anticonceptivo, promovieron la adhesión o la continuación de un método anticonceptivo.

La búsqueda la realizaron en bases de datos computarizadas, como son MEDLINE, POPLINE, CENTRAL, EMBASE, PsycINFO, ClinicalTrials.gov e ICTRP.

Los autores encontraron que catorce ECA cumplieron con los criterios de inclusión. En 2 de 10 ensayos hubo embarazo y partos, de éstos dos, un grupo que utilizó enfoque teórico mostró mejores resultados.

Cuatro de los 10 ensayos con anticonceptivo (exceptuando condones) mostraron mejores resultados en un grupo experimental.

Para el uso del condón, un grupo con enfoque teórico tuvo resultados favorables en tres de los ocho ensayos. La Teoría Social Cognitiva fue la principal base teórica para cinco ensayos, de los cuales tres mostraron resultados positivos.

Dos ensayos basados en otros modelos de cognición social tenían resultados favorables, al igual que otros dos de cuatro se centraron en entrevista motivacional. Trece ensayos proporcionaron múltiples sesiones o contactos. De siete intervenciones efectivas, cinco fueron dirigidas a adolescentes, incluyendo cuatro con sesiones de grupo. Tres ensayos efectivos tuvieron sesiones individuales. Siete ensayos fueron clasificados por tener calidad alta o moderada; tres de esos ensayos tuvieron resultados favorables<sup>61</sup>.

También en el 2009 Oringanje en EE UU realizó una revisión sistemática donde se incluyeron 41 ensayos controlados aleatorizados (ECA) que reclutaron a 95,662 adolescentes donde evaluaron los efectos de las intervenciones de prevención primaria sobre los embarazos no deseados en adolescentes.

En esta revisión sistemática se incluyeron los ECA que evaluaron alguna intervención destinada a mejorar el conocimiento y las actitudes en relación con el riesgo de embarazo no deseado en adolescentes.

Los resultados indicaron que las intervenciones múltiples; éstas son las que combinan intervenciones educacionales y anticonceptivas; disminuyeron la tasa de embarazo no deseado en adolescentes. Los autores concluyen que es conveniente realizar la intervención educativa antes de iniciar vida sexual<sup>62</sup>.

Más recientemente Sherpherd en el año 2011 también en EE UU, realizó una revisión sistemática que incluyó 10 ensayos controlados aleatorizados donde participaron mujeres con y sin actividad sexual, en esta revisión sistemática evaluaron la efectividad de las intervenciones conductuales para fomentar comportamientos sexuales más seguros para prevenir ITS y cáncer de cuello uterino. Los estudios incluyeron intervenciones conductuales, provisión de información acerca de transmisión y prevención de ITS; midieron resultados conductuales y biológicos.

Las intervenciones conductuales para las mujeres jóvenes que tienen como objetivo promover conductas sexuales de protección de las ITS pueden ser eficaces principalmente al fomentar el uso del condón.

Las intervenciones deben ser sensibles a la cultura local y al contexto a fin de permitir que las mujeres se identifiquen con los mensajes de Promoción a la salud. Al respecto de esta revisión a pesar de que no todos los ensayos cumplieron con la metodología los autores observaron que las intervenciones exitosas tenían las siguientes características: estaban basadas en modelos sociopsicológicos de la conducta, atendían las cuestiones del género en la negociación del sexo más seguro, empleaban a sus pares como educadores y utilizaban varias sesiones de intervención<sup>63</sup>.

En cuanto los conocimientos y actitudes algunos de los estudios más relevantes son los siguientes: En el 2009, Chávez en México realizó un estudio donde se aplicó un cuestionario autoadministrado a 719 jóvenes universitarios de 19 a 23 años con el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la sexualidad.

En los resultados se encontró que 70% de los jóvenes informó haber recibido educación sexual por parte de su familia. Acerca de la edad para iniciar relaciones sexuales 41% opinó que la ideal es entre 18 y 20 años y por ultimo 70% afirmó que no era conveniente tener relaciones sexuales fuera del matrimonio<sup>4</sup>.

En Colombia Grajales Atehortúa y Cardona en el 2012 realizaron un estudio descriptivo transversal, donde participaron 1 178 adolescentes entre los 12 y 18 años a quienes se les aplicó una encuesta con el objetivo de identificar las actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Se encontró que más de 60% de los jóvenes tiene una actitud favorable acerca de la educación sexual, consideran que ejercer la sexualidad y utilizar métodos anticonceptivos forma parte de los derechos humanos. Los adolescentes reconocen en los padres una importante fuente de información en los temas relacionados con la fecundidad<sup>7</sup>.

También en México Valle-Solís identificó la conducta sexual de 1123 jóvenes entre 18 y 24 años de edad, encontrando que la conducta sexual manifestada por los jóvenes fue: inicio sexual a temprana edad, tendencia a tener múltiples parejas así como mantener relaciones sexuales sin protección y bajo el efecto de drogas<sup>64</sup>.

Brown en EE UU en un estudio realizado con 964 mujeres adolescentes examinó la discordancia entre el autorreporte de la conducta sexual y la incidencia de las ITS, para lo cual Brown realizó un ensayo clínico realizando 4 mediciones y encontró que 12% de las participantes con una ITS confirmada por laboratorio informó abstinencia reciente de relaciones sexuales vaginales por lo que concluyen que la falta de conocimientos acerca de la ITS y las normas de comportamiento entre iguales puede dar lugar a subreporte de los comportamientos<sup>65</sup>

Acerca del uso correcto y consistente del condón. Chandran en el 2012 realizó un estudio transversal comparativo con el objetivo de investigar el alcance y los predictores de la negativa y el uso del condón aplicando una encuesta a 5 387 individuos de 18 a 50 años de edad en Sudáfrica, donde encontraron lo siguiente; el análisis univariado reveló que los participantes que tenían más probabilidades de usar condones eran los más jóvenes en comparación con personas mayores, los solteros frente a casados, los africanos en comparación con blancos o asiáticos, hombres en comparación con las mujeres, los residentes urbanos en

comparación con los y rurales y los que tenían mayor escolaridad en comparación con los que tenían menos del 12º grado.

Ser un estudiante también fue fuertemente asociado con el uso del condón con una Razón de Momios (RM) de 3.2. Otros predictores de uso de preservativos fueron la necesidad percibida de preservativos con una RM de 14.9 el conocimiento sobre el uso correcto del condón con una RM de 9.1, la disponibilidad con una RM de 5.1, la creencia en condón como un método eficaz para la prevención del VIH con una RM de 30, asequibilidad con RM de 2.9 y los condones de adquiridos en comparación con los obsequiados con una RM de 2.1<sup>66</sup>.

Robles en México en el año 2006 evaluó los efectos de un entrenamiento conductual para el uso del condón con 50 estudiantes universitarios sexualmente activos, esta autora realizó una intervención con un grupo experimental y un grupo control donde aplicó un cuestionario antes y después del entrenamiento, encontrando que quienes reportan el uso del condón no necesariamente saben usarlo correctamente<sup>50</sup>.

Bankole, utilizó datos de la Encuesta Nacional de Adolescentes 2004, para realizar un análisis detallado de conocimiento del uso correcto del condón y la consistencia de uso, así como sus covariables entre los adolescentes en Burkina Faso, Ghana, Malawi y Uganda. El predictor más fuerte de conocimiento de uso correcto del condón entre los adolescentes hombres y mujeres es la exposición a una demostración su uso<sup>67</sup>.

En cuanto a la información y educación sexual en la adolescencia. Duberstein y Madow (EE UU) en el 2012 analizaron la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar con un censo de 4 691 hombres y mujeres de 15 a 24 años de edad con el objetivo de examinar si la educación sexual se asocia con conductas sexuales saludables, encontrando que recibir educación sexual se asoció con retardo en la primera relación sexual para ambos sexos. Los temas considerados en la educación sexual fueron acerca de abstinencia y anticoncepción<sup>68</sup>.

En España Guerrero Masiá en el 2008 realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo con el objetivo de conocer la información que tienen los adolescentes de 15 a 18 años sobre sexualidad, en relación a: los métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, aborto y autoconcepto del adolescente, encontrando desconocimiento en un 30% acerca de los métodos anticonceptivos y criterios favorables acerca del aborto en más del 80%, así como una baja percepción acerca de las ITS<sup>69</sup>.

### III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mucho se ha hablado y actualmente en mayor medida, sobre la necesidad de brindar a los jóvenes la orientación necesaria sobre la sexualidad para mejorar la actitud que presentan frente a ésta, debido a que desafortunadamente y cada vez con mayor frecuencia son muchos los adolescentes que se ven envueltos en situaciones preocupantes y peligrosas ante la falta de orientación e información que les permita una reflexión y la toma de decisiones en forma consciente y responsable <sup>21,62</sup>.

Dado que durante la adolescencia, la liberación del impulso sexual junto a un sinnúmero de cambios generan una serie de inquietudes que desconciertan a los jóvenes, se hace necesaria la presencia de los padres, los maestros y el apoyo especializado en aquellas tareas orientadas a promover un desarrollo más armónico de los estudiantes en esta etapa, así como la existencia de intervenciones específicas sobre la sexualidad, ya que se ha demostrado que el ofrecer educación sexual, aumenta los conocimientos sobre el tema y conduce a actitudes y conductas más responsables<sup>65</sup>.

Masters Johnson y Kolodny afirman que contar con información sobre sexualidad puede ayudar a solventar con mayor eficacia diversas dificultades que pueden aparecer en la vida del individuo como son: esterilidad, disfunciones sexuales, fobias sexuales, enfermedades de transmisión sexual entre otras. Así mismo reconocen que la sexualidad humana es pluridimensional, ya que cada sujeto la vive de diferentes formas, según sus experiencias personales y sociales<sup>70</sup>.

En los Objetivos del Desarrollo del Milenio se le da especial atención a las adolescentes por los siguientes hechos: cerca de 16 millones de mujeres de 15 a 19 años de se convierten en madres cada año, aproximadamente 11% de estos nacimientos ocurren en países de bajos y medianos ingresos.

La proporción de nacimientos que tienen lugar durante la adolescencia es alrededor del 2% en China, 18% en América Latina y el Caribe y más del 50% en el África subsahariana.

La mitad de los partos en adolescentes ocurren en sólo siete países: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, India, Nigeria y los Estados Unidos. En los países de bajos y medianos recursos, casi el 10% de las mujeres se convierten en madres antes de los 16 años<sup>71</sup>.

Las relaciones sexuales forzadas contribuyen a embarazos no deseados entre adolescentes hasta en un 10%. Catorce por ciento de todos los abortos inseguros en países de bajos y medianos ingresos y son cerca de 2,5 millones de adolescentes quienes tienen abortos inseguros cada año, siendo este grupo de edad más afectado por las complicaciones que las mujeres mayores. En América Latina, el riesgo de muerte materna es cuatro veces mayor entre los adolescentes menores de 16 años que entre las mujeres a los 20 años<sup>72,73</sup>.

Muchas adolescentes que quedan embarazadas tienen que dejar la escuela. Esto tiene implicaciones a largo plazo para ellas como individuos, sus familias y comunidades. Se realizan esfuerzos para prevenir embarazos no deseados y otros riesgos para la salud sexual y reproductiva.

Los adolescentes necesitan: información, incluyendo la educación sexual integral; el acceso a una gama completa de productos para mejorar la salud sexual y reproductiva en los servicios de salud, incluidos los preservativos, otros medios de anticoncepción como las intervenciones adecuadas y otras para la prevención, tratamiento y atención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

Los estudios han demostrado que el retraso en los embarazos podría reducir significativamente las tasas de crecimiento de la población, lo que podría generar beneficios económicos y sociales, además de mejorar el estado de salud de las adolescentes<sup>58</sup>.

En la misma idea se ha demostrado que una educación sexual que no se adecue a los contextos socioculturales en los que se desarrollan los jóvenes es poco efectiva y no necesariamente da lugar a cambios en las prácticas riesgosas. Así la investigación previa ocupa un lugar importante al poner de manifiesto las particularidades y las necesidades poblacionales en materia de educación sexual por que no es eficiente diseñar estrategias cuando estas no se corresponden con dichas necesidades<sup>74</sup>.

Ante esta panorámica se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto de una intervención educativa sobre sexualidad responsable, conocimientos y actitudes hacia el uso correcto del condón en estudiantes de una institución de nivel medio superior?

#### **IV. HIPÓTESIS**

Considerando la literatura revisada sobre las intervenciones educativas en adolescentes y las directrices de la Promoción de la Salud suponemos que los adolescentes que recibieron la intervención educativa acerca de sexualidad responsable, mejorarán sus conocimientos y habilidades para colocar correctamente el condón.

#### **V. OBJETIVOS**

Evaluar el efecto de una intervención educativa sobre sexualidad responsable en estudiantes de una institución de educación de nivel medio superior.

Determinar el conocimiento de los adolescentes acerca del uso del condón.

Identificar las actitudes de los adolescentes acerca del uso del condón.

## VI. MATERIAL Y MÉTODOS

### 6.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio pre-test y pos- test

### 6.2. Población y muestra

El estudio se llevó a cabo en el Colegio de Bachilleres del Estado de México No. 39 ( CoBaEM 39), se tomó como base el censo proporcionado por las autoridades escolares en el cual tenían 180 alumnos inscritos. Se realizó un muestreo por conveniencia. Con fines metodológicos se presenta la aplicación de la fórmula para variables cuantitativas y poblaciones finitas.

$$n = \frac{N z_{\alpha}^2 pq}{d^2(N - 1) + z_{\alpha}^2 pq}$$
$$n = \frac{180 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(180 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = 122.78 \approx 123$$

Para este estudio y previo consentimiento informado y la autorización de las autoridades educativas se trabajó con todos los alumnos de todos los grupos que se presentaron el día de la aplicación del pretest tomando en cuenta los siguientes criterios de selección

#### **Criterios de selección:**

Criterios de inclusión: Alumnos inscritos en el CoBaEM 39, de 15 a 19 años de edad. Criterios de exclusión: los alumnos que no asistieron el día que se aplicó el cuestionario. Criterios de eliminación. Alumnos que no contaron con alguno de los dos tests.

### **6.3. Variables**

Variable dependiente: conducta sexual responsable (CSR) se expresa en el ámbito individual, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por ser autónoma, mutua, honesta, respetuosa, consensual, protectora, que busca el placer y el bienestar, por lo tanto la persona que muestra una conducta sexual responsable no pretende provocar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación, la CSR tiene dos dimensiones en una están los conocimientos respecto a los métodos anticonceptivos las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el uso correcto del condón. La segunda habla de las actitudes hacia las ITS, los métodos anticonceptivos y la conducta sexual y la conducta responsable

Independiente: intervención educativa con la participación de los alumnos, presentaciones en Power Point, película, taller: colocación correcta del condón.

Dependiente: conducta sexual responsable: Conocimientos y actitudes.

## Operacionalización de las variables

Variables sociodemográficas	Definición	Nivel de medición	Categorías
Edad	Tiempo de vida reportado por el sujeto	Cuantitativa continua	Años cumplidos
Sexo	Características fenotípicas de la persona	Cualitativa nominal	Hombre ó mujer
Religión	Comportamiento de las personas de acuerdo a sus creencias	Cualitativa nominal	Católica Protestante Testigos de Jehová
Escolaridad de los padres	Nivel de estudios que declaran los estudiantes acerca de los padres.	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado
Actitud hacia las infecciones de transmisión sexual, uso de condón y métodos anticonceptivos:  Conducta sexual y preventiva.	La actitud es la disposición de un ánimo que se manifiesta de algún modo. Conductas sexuales y preventivas.  Las conductas que manifiestan los estudiantes hacia las infecciones de transmisión sexual reactivos, el uso de condón y el uso de anticonceptivos. Reactivos 39 al 60.	Cualitativa ordinal	Muy Inadecuado Inadecuado Ni adecuado, ni inadecuado Adecuado Muy adecuado  Totalmente en desacuerdo en desacuerdo ni de acuerdo ni desacuerdo de acuerdo totalmente de acuerdo
Conocimientos acerca de la anticoncepción, Infecciones de Transmisión Sexual ( ITS) VIH / SIDA	Saberes a que manifiestan los estudiantes acerca de la anticoncepción, Infecciones de Transmisión Sexual ( ITS) VIH / SIDA. Reactivos 21-27, 29, 30, 32,35-38.	Cualitativa nominal	Correcto Incorrecto
Intervención educativa	La forma en la que el profesor organiza e imparte saberes	Cualitativa nominal	Con intervención Sin intervención

#### **6.4. Métodos y técnicas**

Para determinar las actitudes y conocimientos se utilizó un instrumento diseñado por la investigadora cuya validez de contenido fue revisada por cuatro expertos y obtuvo la confiabilidad por alfa de Crombach (.722). Se hicieron las modificaciones señaladas por los expertos. La prueba piloto se realizó en Noviembre del 2011 en una población similar a la que se estudió (Colegio de Bachilleres; Plantel 4 Culhuacán “Lázaro Cárdenas”)

El pre-test se aplicó en 26 de marzo a 171 alumnos y de acuerdo a los resultados se inició la intervención educativa en coordinación con las autoridades del CoBaEM 39. El pos-test se llevó a cabo 3 meses después de realizar la intervención educativa.

El análisis se realizó mediante el paquete estadístico SPSS, del inglés Statistical Package for the Social Sciences, versión 17 para Windows.

## 6.5. Diseño estadístico

Se utilizó estadística descriptiva para analizar las variables sociodemográficas. Para el análisis de las variables dependientes y las independientes, se utilizó la prueba de Wilcoxon por no contar con distribución normal, se realizaron matrices de correlación de Spearman y también se realizó análisis multivariado.

Consenso de expertos	
Dr. Alejandro Rosas Solís	Subdirector de Salud Sexual y Reproductiva del Centro Nacional de Equidad y Género y Salud reproductiva.
Mtra. Sofía del Carmen Sánchez Piña	Jefe de la división del sistema de Universidad Abierta. Maestra en Salud Pública. profesor titular A. ENEO-UNAM
Mtra. Ma. Elena García Sánchez	Secretaria de asuntos escolares. Profesor de carrera ENEO-UNAM
Mtra. Ghandy Ponce Gómez.	Maestra en Enfermería. Profesor de Carrera Asociado B. Unidad de Investigación. ENEO- UNAM.

El instrumento contiene: una ficha de identificación con los reactivos del uno al diez, los datos sobre comportamiento sexual con las preguntas 10 a la 20, la dimensión de conocimientos por medio de los reactivos 21-27, 29, 30, 32, 34-38, la conducta sexual con las preguntas 39 a la 53 y la conducta preventiva con las preguntas 54 a la 60 (anexos).

El instrumento evalúa los conocimientos básicos sobre el ciclo menstrual, ovulación, prevención de las ITS, entre otros aspectos; también se evalúa la colocación correcta del condón con un reactivo que tiene un puntaje mínimo de 0 y máximo de 8.

En la conducta sexual se evalúa la conducta sexual responsable de la siguiente manera: planeación de la primera relación sexual, comunicación con la disposición para hablar acerca del uso del condón para prevenir ITS y evitar un embarazo, la posibilidad de decir no a una relación sexual si esta no es protegida.

En la conducta preventiva se evalúa el comportamiento ante una ITS, el uso correcto y consistente ante relaciones ocasionales y estables y el hecho de solicitar condones en su clínica de salud y buscar ayuda profesional entre otros aspectos. Ambas conductas se evaluaron con escalas de tipo Likert con 5 grados de acuerdo.

La actitud se define como una disposición, un modo de ver las cosas y enfrentarse con ellas que es verdadera y está enraizada en los estratos profundos de la persona, que tiene tonalidad afectiva e influye decisivamente en relación a determinadas cosas. La influencia sobre estas relaciones se manifiesta en convicciones, prejuicios y opiniones<sup>75</sup>. Las actitudes también son productos complejos de aprendizaje, experiencias y procesos emocionales que incluyen preferencias, aversión, prejuicios, superstición, puntos de vista religiosos y científicos o preferencias políticas<sup>76</sup>.

Una de tantas definiciones de conocimientos es el estado de familiarizarse con algo o estar consciente de su existencia lo que resulta de la experiencia o el estudio, el ámbito de la comprensión o información del individuo<sup>77</sup>.

Para fines de este trabajo se definen las actitudes como aquellas respuestas de los adolescentes al resolver un problema, o una situación de cualquier tipo; es decir las conductas que tienen, estas conductas se dividen en sexuales y preventivas y a los conocimientos como aquellos saberes que manifiestan los estudiantes acerca de la anticoncepción, Infecciones de Transmisión Sexual ( ITS) VIH / SIDA.

## VII ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Es importante recalcar que esta investigación cumple con los lineamientos nacionales e internacionales donde se habla de la participación de los seres humanos como sujetos de experimentación, desde el código de Nuremburg que enfatiza la protección de las personas participantes por medio de un consentimiento informado, la declaración de Helsinki como una propuesta que sirve para orientar a médicos y demás personas que realizan investigación con seres humanos, también se llevó de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud, Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos; Capítulo 1, Artículo 17; esta investigación se clasificó como una investigación con riesgo mínimo<sup>78,79</sup>.

Los niveles de riesgo a establecidos en dicho artículo son los siguientes:

Investigación sin riesgo: son aquellas investigaciones en las que se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos.

Investigación con riesgo mínimo: estudios prospectivos que obtienen datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios, estos riesgos mínimos deberán ser objeto de las medidas de bioseguridad que apliquen, entre otras, folletos informativos o capacitación específica.

Investigación con riesgo mayor que el mínimo: son aquellas investigaciones en las que la probabilidades de afectar al sujeto son significativas. Se puntualiza que todas la investigaciones con tejidos o fluidos potencialmente infectados, o a los que no se les harán pruebas específicas de agentes infecciosos serán consideradas se riesgo mayor al mínimo y deberán establecer medidas específicas de bioseguridad<sup>80</sup>

## VIII. RESULTADOS

En el pretest se aplicaron 171 instrumentos, de los cuales se eliminaron 7 por no cumplir con el criterio de edad y por problemas en el llenado quedando una n de 164.

En el postest se eliminaron los cuestionarios que nuevamente tuvieron problemas en el llenado quedando un total de 136.

La edad de los estudiantes fue de 15 a 19 años, con una media de 16.43 y una DE de 1.008. El 42% (57) de la población estudiada había iniciado vida sexual con un promedio de edad de 15.56 y una DE de 1.089.

En las características sociodemográficas se encontró que más del 80% (110) de los padres de los estudiantes tenía escolaridad secundaria y preparatoria, en la religión predominó la católica en un 80% (107), el estado civil de los padres en un 72% (98) estaban casados o vivían en unión libre, los estudiantes en un 77% (105) vivían con sus padres (Cuadro 8.1).

Del total de la población 33% de los adolescentes (45) tenían vida sexual y conocían sus derechos sexuales en un 65%. Dijeron utilizar algún método anticonceptivo 91% de los hombres (20) y el 78% de las mujeres (18). El condón fue el más empleado ya que 86 % de los hombres (19) afirmó utilizarlo y el 83% de las mujeres (19) declaró utilizar el condón masculino como método anticonceptivo.

En cuanto a las conductas de riesgo afirmaron haber tenido relaciones sexuales sin protección 55% de los hombres (12) y 57% de las mujeres (13). Los adolescentes que aceptaron haber tenido una Infección de Transmisión Sexual fueron 7 % (Cuadro 8.2).

Se realizó la prueba Suma de Rangos de Wilcoxon para analizar las diferencias en el pre-test y pos-test y se encontró significancia estadística en la colocación correcta del condón con un valor de p de 0.0001 y en los conocimientos con una p

de 0.002, no se encontró significancia estadística para la conducta sexual y la conducta preventiva (Cuadro 8.3).

En el modelo de regresión logística ajustada donde la variable dependiente fue la mejora en los conocimientos no se la mostró influencia de las variables sociodemográficas en los conocimientos acerca de la sexualidad (Cuadro 8.4).

Del mismo modo el siguiente modelo de regresión logística ajustada donde la variable dependiente fue la mejora en la colocación correcta del condón no hubo influencia de las variables sociodemográficas en la colocación correcta del condón (Cuadro 8.5).

En la matriz de correlación de Spearman antes de la intervención educativa se encontró que existió una correlación positiva entre la conducta sexual y los conocimientos de 0.223 y una p de 0.009, siendo esta estadísticamente significativa, así mismo se encuentra correlación positiva entre la conducta preventiva y los conocimientos de 0.247 con una p significativa de 0.004. También la conducta sexual y la conducta preventiva, mostraron correlación positiva de 0.323 y significancia estadística, p de 0.001(Cuadro 8.6).

Después de la intervención educativa la matriz de correlación de Spearman mostró una correlación positiva de 0.181 entre los conocimientos y la colocación correcta del condón, y una p de 0.035, siendo esta significativa, de la misma manera hubo una correlación positiva entre la conducta preventiva y la conducta sexual de 0.452, con un p < de 0.001 siendo esta significativa también (Cuadro 8.7)

**Cuadro 8.1. Características sociodemográficas de los sujetos de estudio.**

	Frecuencia	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	69	51
Femenino	67	49
<b>Edad</b>		
15	30	22
16	40	29
17	44	33
18 y mas	22	16
<b>Estudios de los padres</b>		
Primaria	15	11
Secundaria	78	58
Preparatoria	32	24
Lic. y posgrado	9	7
<b>Religión</b>		
Católica	107	80
Otra	16	12
Ninguna	11	8
<b>Estado civil de los padres</b>		
Casados / unión libre	98	74
Divorciados/separados	26	20
Viudos	8	6
<b>¿Con quién vives?</b>		
Ambos padres	105	77
Un solo padre	29	22
Abuelos	2	1

**Cuadro 8.2. Aspectos de sexualidad de la muestra estudiada.**

	Sexo	
	Masculino	Femenino
	F (%)	F (%)
Vida sexual		
No	47(68)	44 (66)
Si	22(32)	23 (34)
Conoces tus DS y R		
No	25(36)	23(34)
Si	44(64)	44(66)
¿Utilizas algún MAC?		
No	2(9)	5(22)
Si	20(91)	18(78)
¿Cual MAC utilizas?		
Condón	19(86)	19(83)
Pastillas	-	1(4)
DIU	-	1(4)
Coito interrumpido	1(5)	-
AOE	1(5)	-
Sexo sin protección?		
No	10(45)	10(43)
Si	12(55)	13(57)
Has tenido una ITS		
No	21(95)	21(91)
Si	1(5)	2(9)

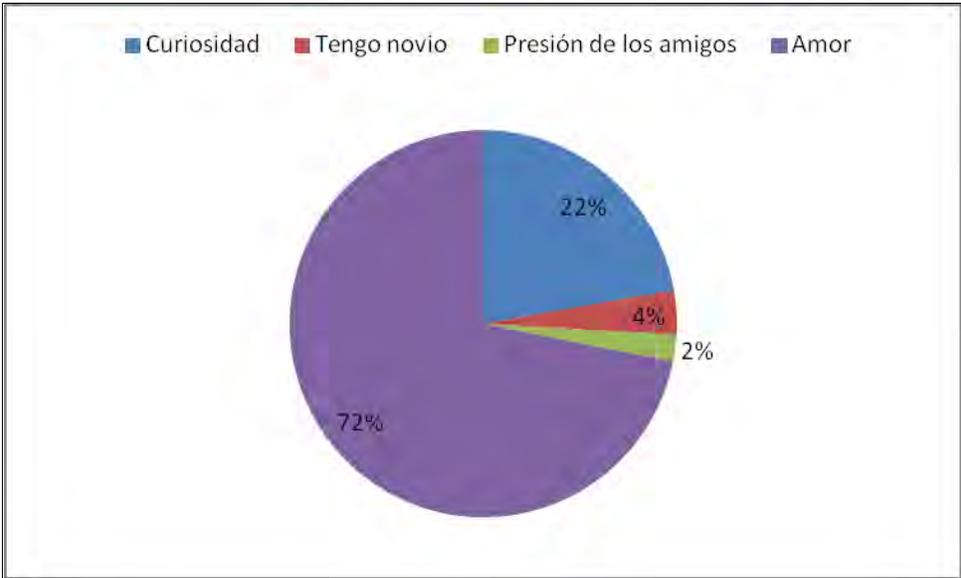
MAC: Métodos anticonceptivos

ITS: Infecciones de Transmisión sexual

AOE: Anticoncepción oral de emergencia.

DS y R: Derechos sexuales y reproductivos.

**Figura 8.1. Razones de la población de estudio para iniciar actividad sexual**



Razones por las cuales los adolescentes iniciarían vida sexual, se puede observar que en un 72% ellos iniciarían las relaciones sexuales por amor, 22% afirmó las iniciaría por curiosidad, 4% por la disponibilidad de tener novio(a) y el 2% por la presión de los amigos.

**Figura 8.2. Proyecto de vida a 6 años de los adolescentes**



En esta gráfica se muestran los porcentajes de los alumnos que tienen un proyecto de vida a 6 años. Se puede observar que en el proyecto de vida de los adolescentes a 6 años se encuentra: terminar la carrera en un 85%, tener dos hijos en un 1%, estar casado un 7%, mientras que el 7% afirmó no tener aún proyecto de vida.

**Figura 8.3. Razones para no usar condón en las relaciones sexuales**



Esta gráfica muestra las razones de los adolescentes para no usar condón entre las que se encuentran: la falta de previsión en un 45%, no se siente los mismo en un 47%, 6 % declaró no saber usarlos y el restante 2% afirmó que son caros.

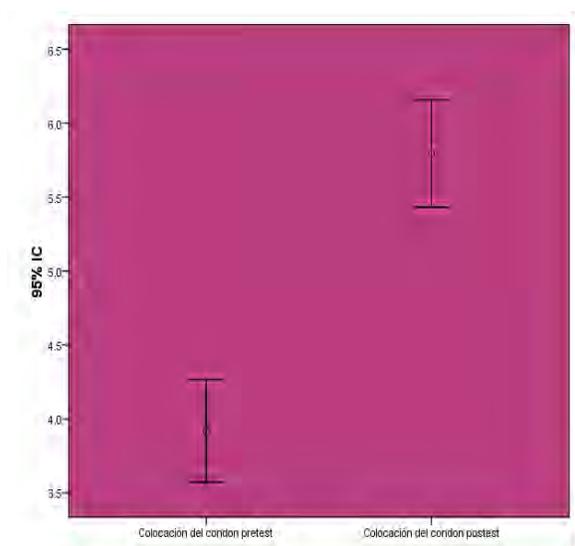
**Cuadro 8.3. Promedio y desviación estándar de los puntajes alcanzados en dos momentos en la población estudiada**

Variable	Antes de la IE	Después de la IE
Conocimientos	7.69 ± 1.676	8.35 ± 1.899*
Conducta sexual	61.24 ± 7.877	60.79±6.678
Conducta preventiva	27.77 ± 3.899	28.57±3.854
Colocación correcta del condón.	3.92 ± 2.041	5.79 ± 2.147 †

IE: Intervención Educativa

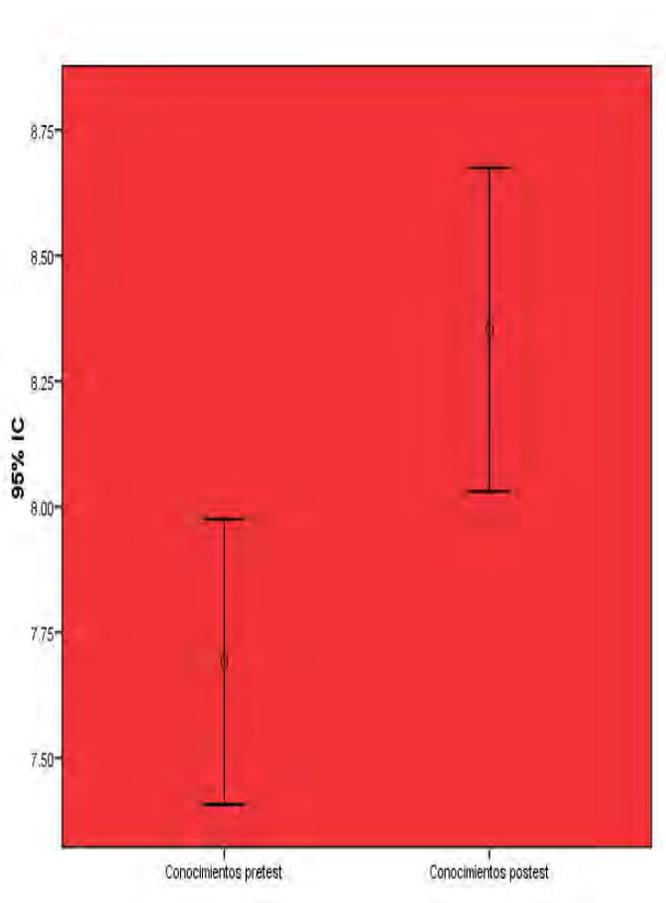
Prueba de Wilcoxon, \*p= 0.002, † p= 0.0001

**Figura 8.4. Colocación correcta del condón pretest y postest**



En esta figura se muestra con una grafica de barra de error las diferencias en los promedios antes y después de la intervención en la colocación correcta del condón.

**Figura 8.4. Conocimientos de sexualidad antes y después de la intervención educativa.**



Se comparan los conocimientos antes y después de la intervención educativa.

**Cuadro 8.4 Modelo de regresión logística ajustada. Variable dependiente mejora en los conocimientos sobre sexualidad con la intervención.**

Variable	RM	IC al 95%	Valor P
<b>Sexo</b>			
Hombres	1	-----	-----
mujeres	1.48	0.73-3.01	0.28
<b>Estado civil de los padres</b>			
Casados/Unión libre	1	-----	-----
Divorciado/ viudos	1.61	0.71-3.64	0.25
<b>Religión</b>			
Católica	1	-----	-----
Ninguna	1.63	0.54-4.92	0.38
Otra	1.94	0.52-7.26	0.32
<b>Inicio de vida sexual</b>			
No	1	-----	-----
Si	0.73	0.36-1,50	0.39

RM: Razón de momios, R<sup>2</sup> 0.123

**Cuadro 8.5 Modelo de regresión logística ajustada. Variable dependiente mejora en la colocación del condón después de la intervención educativa**

Variable	RM	IC al 95%	Valor P
<b>Sexo</b>			
Hombres	1	-----	-----
mujeres	0.67	0.31-1.43	0.30
<b>Estado civil de los padres</b>			
Casados/Unión libre	1	-----	-----
Divorciado/ viudos	0.95	0.40- 2.25	0.91
<b>Religión</b>			
Católica	1	-----	-----
Ninguna	0.35	0.11-1.08	0.69
Otra	1.78	0.41-7.60	0.43
<b>Inicio de vida sexual</b>			
No	1	----	-----
Si	0.32	0.14-0.70	0.004

RM: Razón de momios, R<sup>2</sup> 0.54

**Cuadro 8.6. Correlación de puntajes alcanzados en la antes de la Intervención educativa.**

Factor	Colocación correcta	Conocimientos	Conducta sexual	Conducta preventiva
Colocación correcta	1.00 -			
Conocimientos	-.051 0.555	1.00 -		
Conducta sexual	0.048 0.581	0.223* 0.009	1.00 -	
Conducta preventiva	-.002 0.977	0.247* 0.004	0.323* 0.001	1.00 -

\*Coeficiente de correlación de Spearman

**Cuadro 8.7. Correlación de puntajes alcanzados después de la intervención educativa.**

Factor	Colocación correcta	Conocimientos	Conducta sexual	Conducta preventiva
Colocación correcta	1.00 -			
Conocimientos	0.181* 0.035	1.00 -		
Conducta sexual	0.159 0.065	0.137 0.112	1.00 -	
Conducta preventiva	0.068 0.429	0.079 0.359	0.452* 0.001	1.00 -

\*Coeficiente de correlación de Spearman

**Cuadro 8.8. Relación de los conocimientos con la conducta sexual, conducta preventiva y uso de condón antes y después de la intervención educativa.**

Factor	Preintervención		Postintervención	
	r	p	r	p
Colocación correcta	-0.051	0.555	0.181	0.035
Conducta sexual	0.223	0.009	0.137	0.112
Conducta preventiva	0.247	0.004	0.079	0.359

## IX. DISCUSIÓN

En este trabajo se planteó la siguiente hipótesis.

*La intervención educativa sobre sexualidad responsable, incrementa conocimientos y favorece actitudes hacia el uso correcto del condón en estudiantes de una institución de educación de nivel medio superior.*

El creciente interés que ha suscitado la adolescencia en los últimos años, obedece sin duda a los cuestionamientos de orden económico, social, político, educativo y por supuesto del ámbito de la salud. Existe una gran preocupación de todos estos sectores por la creciente dificultad que tiene este grupo poblacional para lograr su inserción en el campo laboral, y su ingreso a la educación de nivel superior.

Los adolescentes no posponen su sexualidad, esto se evidencia a través de los diferentes estudios y encuestas donde se demuestran que cada vez más precozmente los jóvenes inician vida sexual y la maternidad ocurre a edades cada vez más tempranas. En el grupo de adolescentes estudiados se encontró que el inicio de la actividad sexual fue a los  $15.43 \pm 1.281$ , lo cual es consistente con lo reportado por Villalobos-Hernández en México quien realizó un análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 y 2012 y Mendoza T en Colombia, quien obtuvo resultados similares a los obtenidos de este estudio<sup>1,2</sup>.

Dentro de las características sociodemográficas de la población se encontró que la religión que profesan es católica y que provienen de familias nucleares; lo cual no es un impedimento para iniciar vida sexual y aunque el empoderamiento de la mujer no era un objetivo de esta intervención inferimos que puede darse.

Un aspecto que es importante resaltar es que esta población de estudio era muy homogénea, por lo que las mujeres también aprendieron a colocar correctamente el condón en un modelo anatómico; esto significa que el entrenamiento en una

habilidad específica, puede ser un factor que tenga repercusiones en el empoderamiento de funciones no tradicionales en las interacciones hombre-mujer, recordando que el estudio se realizó en una población semiurbana y que no todos habían iniciado vida sexual <sup>59,63</sup>.

El sentido de invulnerabilidad y las conductas exploratorias de los adolescentes los ha llevado también a ejercer conductas de riesgo, como es tener relaciones sexuales con penetración sin utilizar condón. Es el mismo comportamiento de jóvenes universitarios donde la percepción de riesgo cambia después de una intervención. Los alumnos aceptaron haber tenido una ITS por lo que existe el riesgo tanto para embarazos no planeados, como para VIH/ SIDA <sup>1,69,81</sup>.

La intervención educativa realizada en el CoBaEM 39 contempló no solo información, también favoreció la reflexión y habilidades para la colocación correcta del condón que es una parte muy importante del comportamiento preventivo, el saber colocarlo correctamente. Este acercamiento a la colocación correcta del condón puede servir para que los adolescentes perciban la necesidad de utilizarlo y también puede ser un fuerte predictor para utilizarlo a futuro, como lo demostró Bankole y Chandran en sus respectivas investigaciones: el predictor más fuerte de conocimiento de uso correcto del condón entre los adolescentes hombres y mujeres es la exposición a una demostración del uso del condón y la necesidad percibida <sup>65,66</sup>.

Algunos estudiantes afirmaron utilizar el condón masculino, pero al contestar los reactivos correspondientes en el cuestionario que se les aplicó solo 6% (10 de los 164) en el pretest contestaron correctamente dichos reactivos. El promedio obtenido en la colocación correcta del condón en el pretest fue de  $3.92 \pm 2.041$  y el promedio obtenido para el pos-test fue de  $5.79 \pm 2.147$ . Esto significa que el decir no está ligado con el saber y demuestra que es necesaria una demostración con su respectiva retroalimentación para asegurarse de que lo realicen de manera correcta en un ambiente seguro acompañados de sus compañeros y practicarlo

las veces que se a necesario para garantizar que van a poderlo colocar correctamente<sup>51, 67,</sup>

En cuanto a los conocimientos sobre sexualidad los estudiantes mejoraron sus puntajes; antes de la Intervención Educativa obtuvieron  $7.69 \pm 1.676$  y después de la intervención  $8.35 \pm 1.899$ , siendo las diferencias estadísticamente significativas; Coincidiendo con los diferentes casos revisados en la literatura, donde los adolescentes recibieron intervenciones combinadas, durante las cuales les hablaron de los temas que a esa edad les interesan (VIH/SIDA y otras ITS) y se les dieron las distintas opciones como son, postergar el inicio de la sexualidad, disminuir el número de parejas sexuales, haciendo énfasis en la fidelidad y sobre todo en el uso correcto y consistente del condón<sup>61-63,68</sup>.

Las diferentes instancias en este caso la SEP afirma la importancia de educar en la sexualidad como parte esencial del ser humano<sup>82</sup>. Se pudo comprobar en el pretest que los conocimientos de los adolescentes son deficientes e inadecuados, lo que se traduce en sus conductas acerca de la sexualidad como son el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad y las múltiples parejas sexuales. Esta falta de conocimientos y las normas de comportamiento entre iguales, puede dar lugar a la subdeclaración de los comportamientos, baja percepción de riesgo y a mencionar lo ideal para la familia y o la sociedad<sup>1,65</sup>.

Los autores afirman que recibir educación sexual se asocia con conductas sexuales saludables<sup>59-62</sup>, en esta investigación las variables conducta sexual y conocimientos tuvieron una asociación positiva débil de con una r de 0.223 (22%) de acuerdo a Colton; la conducta preventiva y los conocimientos también presentaron una asociación débil r de 0.247 (25%), la conducta sexual y conducta preventiva tuvieron asociación positiva débil r de 0.323 (32%) antes de la IE; después de la IE se encontró una asociación positiva 0.181 (18%) entre los conocimientos y la colocación correcta del condón, la cual no había en el pretest, mientras que la conducta sexual y conducta preventiva tuvieron asociación positiva con una r de 0.452 (45%).

Los adolescentes también son conscientes de sus necesidades esto se demuestra cuando ofrecen sugerencias a padres y maestros para que les den educación sexual. Bandura afirma que si los adolescentes perciben la necesidad de protegerse pueden ser autoeficaces y lograrlo<sup>58</sup>.

## **X. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS**

La evidencia de que el uso y el conocimiento de métodos de planificación familiar, especialmente de condones, está aumentando entre los jóvenes es ciertamente alentador, sin embargo, el aumento del uso del condón no será plenamente eficaz en la contención de transmisión del VIH y las ITS o la prevención de embarazos no deseados si los condones se usan en forma incorrecta.

Los resultados demuestran que la intervención de educación sexual cobra relevancia, y debería ser la base de cualquier estrategia de prevención ya que podría ayudar a los adolescentes a comenzar su actividad sexual con prácticas protegidas siendo una conducta constante de prevención en su vida futura.

La observación directa e indirecta de la colocación del condón por los adolescentes se hace indispensable en una intervención de este tipo, ya que si bien es cierto que los condones masculinos están disponibles, no siempre se realiza una demostración a los usuarios de los servicios de Salud de cómo colocarlo correctamente. El saber que existen los diferentes métodos anticonceptivos no garantiza el buen uso de estos.

Se considera la pertinencia del entrenamiento en la habilidad para usar correctamente el condón masculino tanto para hombres las mujeres. Dada la dificultad de utilizar el condón femenino; dificultad en cuanto inasequibilidad; las instituciones no lo brindan gratuitamente (si los dan gratuitos pero no son realmente de fácil acceso), las adolescentes que están iniciando vida sexual, son estudiantes, muchas veces de escasos recursos y el costo en las farmacias es alto. Por lo que los resultados obtenidos en esta investigación sobre conocimientos y conductas demuestran la importancia de considerar en los programas de intervención en las escuelas para prevenir embarazos no planeados, VIH/ SIDA, ofertar en estas instituciones los condones y tener un programa de consejería para los casos graves que se pudieran presentar.

En cuanto a las perspectivas está realizar un seguimiento en esta misma institución para concientizar los beneficios de retrasar el inicio de la vida sexual, ejercer sexo seguro, practicar la fidelidad etc.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 
- <sup>1</sup> Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI, Suárez L, De la Vara E, Schiavon-Ermani R, et al. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública Mex.* 2013; 55(2):235-240
- <sup>2</sup> Mendoza T LA, Arias GM, Pedroza P M, Micolta P, Ramirez RA, Acuña PM, et al. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Chil Obstet Ginecol* 2012; 77(4): 271 - 279
- <sup>3</sup> Suarez S, De la Vara E, Villalobos A, Flores L. Adolescentes. En : Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
- <sup>4</sup> Fecundidad, preferencias reproductivas y anticoncepción en: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. México, INEGI 2011.p. 17-40
- <sup>5</sup> Chávez M, Petrzalová J, Zapata J. Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología.* 2009; 14:137-151
- <sup>6</sup> UNFPA México. Programa de país 2008-2012. Fondo de población de las Naciones Unidas. 2010[consultado 10 Jun 2012]; Disponible en URL=[http://www.unfpa.org.mx/ssr\\_adolescentes.php#](http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php#)
- <sup>7</sup> Ayala-Castellanos M M, Vismanos-Lamotte B, Portillo- Dávalos R A. Salud Sexual y reproductiva en adolescentes de una escuela secundaria en México. *Ginecol obstet Mex.* 2011 ; 79(2):86-92
- <sup>8</sup> Grajales Atehortúa I C, Cardona Arango D. Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva. *Medellín( Colombia) Invest Educ Enferm.* 2012; 30(1) 77-85.
- <sup>9</sup> Velasco ML. Desarrollo biopsicosocial del adolescente del adolescente: tareas metas y logros. En: Monroy A. *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud.* México: Editorial Pax; 2002 p. 11-25
- <sup>10</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Salud de los adolescentes.* OPS/OMS; 1995 Washington.1995
- <sup>11</sup> Dirección General de Salud Reproductiva. Aspectos biopsicosociales de la sexualidad de los adolescentes. En: *Prevención del embarazo no planeado en Adolescentes.* 2ª ed. México. Secretaría de Salud 2002. p. 17-29.
- <sup>12</sup> Diagnóstico Mundial de la juventud. Consejo Nacional de Población [en línea] México 2010. CONAPO[consultado 12 Nov 2011]. Disponible en URL=[http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/Diagnostico\\_m/espanol/Cap%200.pdf](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/Diagnostico_m/espanol/Cap%200.pdf)
- <sup>13</sup> Inmujeres. Cálculo a partir de INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico

- 
- <sup>14</sup> Organización Mundial de la Salud. Tema Salud de los adolescentes. [en línea ]Ginebra: OMS.2008; OMS.[consultado 14 Feb 2012]; Disponible en URL= [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)
- <sup>15</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. [en línea ] Ginebra: OMS.2002; OMS. [consultado 13 Feb 2012]. Disponible en URL=<http://www.who.int/whr/2002/en/2002flierESP.pdf>.13
- <sup>16</sup> Cabello TB, Mas HB, Ruiz UT. Sexualidad y desarrollo sexual. En: Calvo BS. Educación para la salud en la escuela. Madrid: Ediciones Díaz Santos;1992 p.311-338
- <sup>17</sup> Organización Mundial de la Salud. Archivo de sexología. Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: Formación de profesionales de la salud. Informe de una reunión de la OMS [en línea].Ginebra: OMS; 1975[consultado 10 Nov 2011]. (Serie Técnica Nr. 572), Disponible en URL=<http://www2.hu-berlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/SPANISCH/WHOR.HTM#N2>
- <sup>18</sup> Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva. Proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. [en línea] Ginebra: OMS.2003; OMS [consultado 15 Oct 2010] Disponible en URL= [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB113/seb11315a1.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf)
- <sup>19</sup> Schutt-Aine J. Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. [en línea] Washington, D.C.OP.S; 2003[ consultado 25 nov. 2012 ] disponible en URL=<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SSRA-programas-politicas.pdf>
- <sup>19</sup> Naciones Unidas, documento A/-21/Add.1, párrf 64[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB113/seb11315a1.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf)16 JULIO 2012
- <sup>20</sup> Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar [en línea] México Secretaría de Salud 2004; [consultado 13 Mar 2011] URL= <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
- <sup>21</sup> Stern C. Ensayos críticos. En: Stern C. El “problema” del embarazo en la adolescencia. Contribuciones a un debate. México. El colegio de México. 2012.p 121-141
- <sup>22</sup> Dirección General de Salud Reproductiva .El papel del prestador de servicios en: La Salud Reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar.[en línea] Secretaría de Salud 2ª edición México 2002 p.49-52[consultado 12 Mar 2011]URL=<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>
- <sup>23</sup> Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes. Fondo de población de las Naciones Unidas 2010. [en línea] México UNFPA.[Consultado 7 de marzo 2011]. Disponible en [http://www.unfpa.org.mx/ssr\\_adolescentes.php](http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php)
- <sup>24</sup> Organización Mundial de la Salud. Matrimonios precoces y embarazos en la adolescencia y en la juventud.[en línea] Ginebra:OMS;2011 [consultado 5 Feb 2013] disponible en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/26447/1/B130\\_12-sp.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/26447/1/B130_12-sp.pdf)
- <sup>25</sup> Organización Mundial de la Salud. VIH, Adolescentes y jóvenes: la OMS interviene. [en línea] Ginebra: OMS; 2005[consultado 10 Jun 2012]disponible en URL= <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-VIH.noviembre.pdf>

---

<sup>26</sup> Organización Mundial de la Salud. Progress Report 2011. Chapter 2 – Update on the HIV epidemic. [en línea] Ginebra: OMS; 2011[consultado 9 Ago 2012]disponible en URL=[http://www.who.int/hiv/pub/progress\\_report2011/es/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/es/index.html)

<sup>27</sup> Macchi ML, Benítez L, Corvalán A, Núñez C, Ortigoza D. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación del área metropolitana, Paraguay. Arch Pediatr Urug. 2008; 79(3): 253-63.

<sup>28</sup> Murphy EM, Greene ME, Mihailovich A, Olupor-Olupot P. Was the “ABC” approach( abstinence, being faithful, using condoms) responsible for the Uganda’s decline in HIV? PLoS Med. 2006;3(9):1443-47

<sup>29</sup> ONUSIDA MEXICO. Naciones Unidas; centro de información México, Cuba y Republica Mexicana.[en línea] [consultado 9 de ene 2014] disponible en [http://www.cinu.org.mx/temas/vih\\_sida/onusida.htm](http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/onusida.htm)

<sup>30</sup> Ponce de León RS, Lazcano AA. La evolución del SIDA: una suma de epidemias. En: Córdova Villalobos JA, Ponce de León RS, Valdespino JL. 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos 2ª ed. México SS; 2009:p.17-25

<sup>31</sup> Haghdoost A, Karamouzian M. Zero New HIV Infections, Zero Discrimination, and Zero AIDS-Related Deaths: Feasible Goals or Ambitious Visions on the Occasion of the World AIDS Day? Int J Prev Med.2012; 3(12):819-23

<sup>32</sup> Cabral S, Escandón RC, Hernández de León B, Ramos AU. El SIDA y los jóvenes En: Córdova Villalobos JA, Ponce de León RS, Valdespino JL. 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos 2ª ed. México SS; 2009:p 289-302

<sup>33</sup> ONUSIDA. Estrategia de ONUSIDA para 2011-2015 [en línea] Ginebra: ONUSIDA; 2010[consultado 25 de nov 2012] disponible en URL= <http://www.unaids.org/es/aboutunaids/unaidsstrategygoalsby2015/>

<sup>34</sup> Menkes C, Suárez L. Sexualidad y embarazo adolescente en México. Papeles de Población. [en línea] 2003 [consultado 24 Nov 2011]; 35.

Disponible en: URL=<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=11203511>.

<sup>35</sup> Lee FA, Lewis RK, Kirk CM. Sexual attitudes and behaviors among adolescents. J Prev Interv Community. 2011;39(4):277-88.

<sup>36</sup> Osorio A, López-del Burgo C, Carlos S, Ruiz-Canela M, Delgado M, de Irala J. First sexual intercourse and subsequent regret in three developing countries. J Adolesc Health. 2012 50(3):271-8.

<sup>37</sup> Almeida Mda C, Aquino EM. Adolescent pregnancy and completion of basic education: a study of young people in three state capital cities in Brazil. Cad Saude Publica. 2011; 27(12):2386-400.

---

<sup>38</sup> Welti Chanes C. Análisis de la fecundidad en México con los datos del Censo de Población y Vivienda 2010. *Papeles de Población*. 2012; 18(73):1-31

<sup>39</sup> Crosby RA, Cates W. Condom use: still a sexual health staple. *Sex Health*. 2012; 9(1):1-3.

<sup>40</sup> Rijsdijk LE, Bos AE, Lie R, Ruiter R, Leerlooijer JN, Kok G. Correlates of delayed sexual intercourse and condom use among adolescents in Uganda: across-sectional study. *BMC Public Health* [en línea] 2012[consultado 25 Jun 2013], 12:817 ; disponible en URL=<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/817>

<sup>41</sup> Hernández Rosete D, Flores J, Echavarría L. Sin pecado concebido. Sida y embarazo en el libro de sexto de ciencias naturales. *RMIE*. 2011; 16(49):471-88

<sup>42</sup> Sam SS, Lira PJ, Ortiz de la Peña y Carranza A. Virus de papiloma humano y adolescencia. *Ginecol Obstet Mex*. 2011; 79(4):214-224.

<sup>43</sup> Center for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment Guidelines MMWR 2010; 59 RR-12: 69-77

<sup>44</sup> Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México D.F.[ en línea ]2010. [consultado 15 may 2012 ]; disponible en URL = <http://www.ceprec.org/CancerMx2010.pdf>

<sup>45</sup> Centers for Disease. Control and Prevention. HPV Vaccination. CDC. Atlanta[en línea ] 2011 [consultado 25 nov 2012]; disponible en URL =<http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/hpv/>

<sup>46</sup> Coyle KK, Franks HM, Glassman JR, Stanoff NM. Condom use: slippage, breakage, and steps for proper use among adolescents in alternative school settings. *J Sch Health*. 2012; 82: 345-352

<sup>47</sup> Sanders SA, Yarber WL, Kaufman EL, Crosby RA, Graham CA, Milhausen RR. Condom use errors and problems: a global view. *Sex Health*. 2012;9(1):81-95.Review

<sup>48</sup> Sznitman SR, Horner J, Salazar LF, Romer D, Vanable PA, Stanton BF. Et al. Condom failure: Examining the objective and cultural meanings expressed in interviews with African American adolescents. *J Sex Res*. 2009; 46(4):309-18. doi: 10.1080/00224490802684590.

<sup>49</sup> Majra JP. Correct and consistent use of condoms. *Indian J Sex Transm Dis*. 2009; 30(1):53  
doi: 10.4103/0253-7184.55487

<sup>50</sup> Gayón Vera E, Hernández Orozco H, Sam Soto S, Lombardo Aburto E. Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. *Ginecol Obstet Mex*. 2008;76(2):88-96

- 
- <sup>51</sup> Robles MS, Moreno RD, Frías AB, Rodríguez CM, Barroso VR, Hernández PR et al. Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología* 2006; 22(1):60-71
- <sup>52</sup> Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el SIDA. Prevención. El condón. Secretaría Salud. México 2010. <http://censida.salud.gob.mx/interior/elcondon.html>.
- <sup>53</sup> García OC, Tobón CO. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica ¿Que los acerca?¿ Que los separa? [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205\\_2.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf)
- <sup>54</sup> Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Programa de acción específico 2007-2012. Promoción de la salud: una nueva cultura. Secretaría de Salud. México. 2007 P.16
- <sup>55</sup> Chapela MC. Contenidos de poder en la historia de la promoción de la salud. En: Chapela MC, García CA. Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos. México UAM-X; 2010: Serie académicos de CBS (94) P 21- 67
- <sup>56</sup> Dirección General de Promoción de la Salud. La promoción de la salud [en línea] 2012 [consultado 03 Ago 2012]; disponible en URL=[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/5\\_funciones.html](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/5_funciones.html)
- <sup>57</sup> Organización Panamericana de la Salud. Modelo de consejería orientado a los jóvenes. OPS. Washington DC. [en línea] 2005 [consultado 06 Jun 2012]; p 25-27. Disponible en URL=<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-youth.pdf>
- <sup>58</sup> Gurgel MG, Alves MD, Moura ER, Pinheiro PN, Rego RM. Skills development: strategy for health promotion and prevention of pregnancy in adolescence. *Rev Gaucha Enferm.* 2010; 31(4):640-646.
- <sup>59</sup> Bandura A. Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Eval. Program Plann.* 1990; 13:9\_17
- <sup>60</sup> Hernández –Martínez A, García-Serrano I, Simón-Hernández M, Coy-Auñón R, García-Fernández AM, Mateos-Ramos A, et al. Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos. *Enferm Clin.* 2009; 19(3):121-28
- <sup>61</sup> Lopez LM, Tolley EE, Grimes DA, Chen-Mok M. Theory-based interventions for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 12, Art. No. CD007249. DOI: 10.1002/14651858.CD007249.pub1
- <sup>62</sup> Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD005215. DOI: 10.1002/14651858.CD005215.pub2.
- <sup>63</sup> Shepherd JP, Frampton GK, Harris P. Interventions for encouraging sexual behaviours intended to prevent cervical cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 12, Art. No. CD001035. DOI: 10.1002/14651858.CD001035.pub3

- 
- <sup>64</sup> Valle –Solís M.O, Benavides –Torres R A, Álvarez-Aguirre A, Peña –Esquivel. Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Rev Enferm Inst Mex Seg Soc.* 2011; 19(3):133-136
- <sup>65</sup> Brown JL, Sales JM, DiClemente RJ, Salazar LF, Venable PA, Stanton B et al. Predicting Discordance Between Self-reports of Sexual Behavior and Incident Sexually Transmitted Infections with African American Female Adolescents: Results from a 4-city Study. *AIDS Behav.* 2012; 16(6): 1491-500. doi: 10.1007/s10461-012-0163-8
- <sup>66</sup> Chandran T M, Berkvens D, Chikobvu P, Nostlinger C, Colebunders R, Speybroeck N et al. Predictors of condom use and refusal among the population of Free State province in South Africa. *BMC Public Health.* 2012; 12: 381
- <sup>67</sup> Bankole A, Ahmed FH, Neema S, Ouedraogo C, Konyani S. Knowledge of correct condom use and consistency of use among adolescents in four countries in Sub-Saharan Africa. *Afr J Reprod Health.* 2007; 11(3): 197–220.
- <sup>68</sup> Duberstein Linberg L, Maddow Zimet I. Consequences of Sex Education on Teen and Young Adult Sexual Behaviors and Outcomes. *J Adolesc Health.* 2012; 1-24 .doi:10.1016/j.jadohealth.2011.12.028
- <sup>69</sup> Guerrero M, Guerrero M, García-Jiménez E, Moreno L A. Conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2008;10:433-42
- <sup>70</sup> Masters W, Johnson V, Kolodny R. Educación sexual para adolescentes. En Masters W, Johnson V, Kolodny R. *La sexualidad humana.* 13a Ed. España: Grijalbo; 1995: vol. II p. 241-270
- <sup>71</sup> World Health Organization. Adolescent pregnancy. World Health Organization. Geneva[en línea] 2012. [consultado 10 jun 2012]URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/index.html>
- <sup>72</sup> World Health Organization. Maternal mortality. World Health Organization. Geneva[en línea] 2012 [consultado 10 jun 2012] URL =<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>
- <sup>73</sup> Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 20. *Lancet.* 2012 Feb 18;379 (9816):625-32. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61786-808
- <sup>74</sup> Gayet C, Rosas CA, Magis C, Uribe P. Con quien hablan los adolescentes mexicanos sobre el Sida. *Salud Pública Méx.* 2002; 44(2):122-128
- <sup>75</sup> Dorsh Friedrich. *Diccionario de Psicología.* Barcelona: Herder; 1977. pag 7
- <sup>76</sup> Corsini J. R. *The dictionary of psychology.* New York. N Y: Brunner-Routledge; 2002. pag.76
- <sup>77</sup> APA. *Diccionario conciso de Psicología.* Madrid: MM; 2010 pag 102
- <sup>78</sup> Declaración de Helsinki, principios éticos para la investigación médica en seres humanos, apéndice F. *Rev. Asamblea general, Washington 2002.*[en línea consultado 3 de julio 2012]; [http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion\\_helsinki.pdf](http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion_helsinki.pdf)
- <sup>79</sup> Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [en línea consultado 3 de julio 2012]; <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

---

<sup>80</sup> Comisión de bioseguridad. Reglas internas de operación. Instituto Nacional de Medicina Genómica. México. [en línea consultado 12 jun 2012]  
URL=[http://www.inmegen.gob.mx/tema/cms\\_page\\_media/163/reglas\\_internas\\_de\\_operacion\\_bioseguridad2\\_.pdf](http://www.inmegen.gob.mx/tema/cms_page_media/163/reglas_internas_de_operacion_bioseguridad2_.pdf)

<sup>81</sup> Herrera-Ortiz A, Arriaga Demeza CR, Conde-González CJ, Sánchez-Alemán MA. Conocimiento sobre el virus herpes tipo2 y virus del papiloma humano, y percepción de riesgo a adquirir las infecciones entre estudiantes universitarios. Gaceta Médica de México.2013;149:16-26

<sup>82</sup> Ramírez MG, Collado C, Galicia A, Flores AV, Miguel S, Sixtos A. et al. Sexualidad y género. Un escenario posible para planear tu vida. México. SEP; 2010: P.5-14

## **XII. ANEXOS**

### **12.1. Intervención socioeducativa.**

Intervención, metodología y niveles.

En la intervención socioeducativa participan todas las profesiones psicosociales en sentido amplio para propiciar en las personas que lo necesitan un determinado cambio, desarrollo, mejora en general: trabajadores sociales, maestros, médicos, y aquellos profesionales que en el desarrollo de su profesión necesitan establecer relaciones positivas, o cuando se dan situaciones creadas a partir del encuentro cara a cara de dos personas o más.

La intervención socioeducativa debe utilizar una metodología propia de la investigación social adaptada a la temática y características específicas de los destinatarios de dicha intervención<sup>1</sup>.

Es decir, el objeto de la intervención educativa es el ser humano, la fuente de la intervención es otro ser humano, y el principal canal de transmisión de esa intervención es la relación que se crea entre ellos.

Por relación se entiende la interacción psicoafectiva, positiva o negativa, que se da entre dos personas por la comunicación verbal y no verbal.

La intervención psicosocial consiste según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones, en efectuar cambios sociales en la sociedad en general y en las formas individuales de desarrollo de la misma. Pretende establecer una relación en la que los conocimientos madurez, aptitudes y actitudes de uno de los sujetos facilita en el otro, la generación de un proceso de cambio, desarrollo o maduración. Hablar de relación supone tener en cuenta aspectos como el contacto, que se produce cuando los interlocutores se abren el uno al otro; es decir mirar, escuchar, gustar mediante la palabra, la voz y el movimiento.

Existen procesos que se llevan a cabo a través de la comunicación recíproca, que se emite desde los niveles de la comunicación verbal y no verbal. Hay que diferenciar entre información, que es la transmisión de mensajes por un individuo sin que se tenga que comprobar la recepción de los mensajes (oír la radio, ver la TV...), y la comunicación o proceso constante de verificación de la captación del mensaje. En la comunicación no verbal se dan una gran variedad de tipologías de códigos paralingüísticos. En ambos casos la percepción de la comunicación en la relación llega de forma explícita o consciente o de forma implícita o inconsciente. Ambas influyen en el proceso, y todas conforman la relación de ayuda.

La relación de ayuda M. Marroquín 1991 es la que se establece entre una persona más conocedora y otra menos conocedora, en orden a permitir a esta última, un mayor nivel de funcionamiento en aquellas áreas en las que la primera es experta, posibilitando modos más constructivos de conducta, aumento de la sensibilidad emocional y un mayor control sobre la vida propia. Estos son los productos primarios y secundarios de la ayuda efectiva, ya sea el que ayuda sea profesor, padre, consejero, o terapeuta titulado.

La relación de ayuda facilita que el cliente ponga en marcha sus recursos para el cambio y la maduración a través del vínculo o referente válido que establece con el profesional y el asesoramiento o consejo que recibe del mismo que le otorga competencia estimuladora de autoayuda y facilitadora para adquirir actitudes necesarias para resolver conflictos.

La intervención social se define como el conjunto de actuaciones de carácter integral destinadas a reducir desigualdades y eliminar situaciones de exclusión y marginación de colectivos y/o territorios con fuertes desequilibrios sociales y estructurales.

### **Proceso de la intervención.**

Todas las metodologías de la intervención social que hasta ahora se han desarrollado, tienen una estructura metodológica subyacente común compuesta

por los siguientes elementos independientemente del campo de intervención social de que se trate: diagnóstico de las necesidades, planificación, intervención evaluación y conclusiones<sup>2</sup>.

Cabe aclarar que el proceso es dinámico y puede dar inicio en cualquiera de sus fases.

### **Estudio diagnóstico.**

Se trata de tener la información necesaria sobre sus problemas y necesidades, sus recursos y potencialidades, sus conflictos y cooperaciones que sirven para configurar un diagnóstico de la situación problema que se quiere modificar.

### **Programación.**

Otro de los momentos o componentes de esta estructura básica de procedimiento, es la programación de actividades pertinentes y necesarias para cambiar la situación, se trata de establecer y formular anticipadamente el camino que hay que ir haciendo para asegurar posteriormente una adecuada toma de decisiones.

Ejecución intervención. Según Ander-Egg, ejecutar consiste en poner en marcha una cosa, en llevar algo a la práctica. La ejecución consiste en realizar o ejecutar lo que se ha establecido en la planificación, partiendo de los resultados obtenidos en el estudio-investigación.

Una intervención es eficaz es eficaz cuando es capaz de de prevenir o controlar un problema, o bien de satisfacer una necesidad. La eficacia es la capacidad que tiene una intervención para resolver el problema, también la intervención es factible cuando es capaz de resultar operativa en el contexto que le es propio, es decir su implantación es aceptable. Estos factores factibles son legales, políticos, económicos, organizacionales, técnicos, socioculturales y éticos.

### **Evaluación.**

Se realiza la evaluación de lo realizado o de lo que se está realizando, como forma de valorar lo que se hace (o se hizo) y de introducir correcciones en los contenidos y formas de actuación, de manera que pueda mejorarse la intervención. Es importante la retroalimentación para evaluar la calidad de las intervenciones sociales. Este es un proceso continuo que se inicia y desarrolla al mismo tiempo de la intervención.

La etapa final es la de conclusiones y propuestas, en este apartado se destacarán los aspectos más sobresalientes, se enunciarán las posibles repercusiones en los participantes en la institución y se indicarán las decisiones y recomendaciones para mejorar en el futuro.

Intervención educativa en el COBAEM no 39 sobre sexualidad responsable, conocimientos y actitudes hacia el uso del condón en estudiantes de una institución de nivel medio superior.

Objetivo. Favorecer la conducta sexual responsable, los conocimientos y actitudes acerca del uso del condón en estudiantes de una institución de nivel medio superior.

A continuación se presentan los planes de clase utilizando la propuesta de un modelo constructivista<sup>34</sup>.

Datos de identificación de la clase				
Asignatura:	Nivel: Bachillerato	Grado:	Grupo:	Fecha:
Clase: Numero	Tema: Conducta sexual responsable.		Nivel de asimilación: Conocimiento y comprensión.	
<b>Objetivo del aprendizaje:</b> que los estudiantes conozcan sus derechos sexuales y el grado de responsabilidad al respecto				
<b>Objetivo actitudinal:</b> desarrollar la capacidad de reflexión				
<b>Título:</b> Derechos Sexuales y reproductivos de los adolescentes.				
<b>Método:</b> Explicativo- ilustrativo		<b>Estrategia:</b> Preguntas literales y exploratorias. Discusión dirigida, trabajo en equipo.		<b>Recursos:</b> Presentación en Power-point.
<b>Reactivación de conocimientos previos</b>		<b>Situación problemática</b>		<b>Aplicación de conocimientos</b>
¿Qué es el sexo?		¿Pueden los padres decirle a su hija con quien debe casarse?		Reelaboración de la película de embarazo adolescente “con las manos en los bolsillos”
¿Qué es la sexualidad?		¿Se puede discriminar a las personas por sus preferencias sexuales?		
<b>Construcción de significados</b>		<b>Organización del conocimiento</b>		<b>Evaluación del proceso</b>
				Tarea

<b>Datos de identificación de la clase</b>				
<b>Asignatura:</b>	<b>Nivel:</b> Bachillerato	<b>Grado:</b>	<b>Grupo:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Clase:</b> <b>Numero</b>	<b>Tema. Situaciones de riesgo por prácticas sexuales inadecuada</b>		<b>Nivel de asimilación:</b> Conocimiento y comprensión.	
<b>Objetivo del aprendizaje:</b> conocer las infecciones de transmisión sexual con énfasis en la prevención.				
<b>Objetivo actitudinal:</b> concientizar acerca de la conducta sexual responsable				
<b>Título:</b> Infecciones de transmisión sexual				
<b>Método:</b> Explicativo- ilustrativo		<b>Estrategia:</b> Preguntas exploratorias  Discusión dirigida, trabajo en equipo.		<b>Recursos:</b> Presentación en Power-point, folletos
<b>Reactivación de conocimientos previos</b>		<b>Situación problemática</b>		<b>Aplicación de conocimientos</b>
¿Que son las ITS?		¿Si tuvieras una ITS le dirías a tu novi@?		Extrapolación de la película de embarazo adolescente “con las manos en los bolsillos”
¿Cómo se manifiestan?		¿Quién toma un tratamiento médico, cuando hay una ITS, el hombre o la mujer?		
¿Cómo se evitan las ITS?				
<b>Construcción de significados</b>		<b>Organización del conocimiento</b>		<b>Evaluación del proceso</b>
				<b>Tarea</b>

<b>Datos de identificación de la clase</b>				
Asignatura:	Nivel: Bachillerato	Grado:	Grupo:	Fecha:
<b>Clase: Numero</b>	<b>Tema: Situaciones de riesgo por prácticas sexuales inadecuadas</b>		<b>Nivel de asimilación:</b>	
<b>Objetivo del aprendizaje:</b> diferenciar el VIH del SIDA				
<b>Objetivo actitudinal:</b> Reconocer las diferencias entre VIH - SIDA				
Titulo: VIH y SIDA				
<b>Método:</b> Explicativo- ilustrativo		<b>Estrategia:</b> Preguntas exploratorias		<b>Recursos:</b> Presentación en Power-point, folletos
<b>Reactivación de conocimientos previos</b>		<b>Situación problemática</b>		<b>Aplicación de conocimientos</b>
¿Es lo mismo VIH y SIDA?		¿Qué pasa cuando una mujer con VIH se embaraza?		Extrapolación de la película de embarazo adolescente “con las manos en los bolsillos”
		¿Si ambos miembros de la pareja tiene VIH-SIDA, tienen que usar condón?		Vías de transmisión
<b>Construcción de significados</b>		<b>Organización del conocimiento</b>		<b>Evaluación del proceso</b>
Comparación entre VIH y SIDA		Definir sexo seguro		Mitos y realidades del VIH y SIDA
		Definir sexo protegido		
				Tarea

Datos de identificación de la clase				
<b>Asignatura:</b>	<b>Nivel:</b> Bachillerato	<b>Grado:</b>	<b>Grupo:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Clase:</b> <b>Numero</b>	<b>Tema: Situaciones de riesgo por prácticas sexuales inadecuadas</b>	<b>Nivel de asimilación:</b> Comprensión y conocimiento		
<b>Objetivo del aprendizaje:</b> reflexionar acerca de las causas y consecuencias del embarazo durante la adolescencia.				
<b>Objetivo actitudinal:</b> identificar las medidas de preventivas para evitar un embarazo no deseado				
<b>Título:</b> Con las manos en los bolsillos				
<b>Método:</b> Explicativo-ilustrativa	<b>Estrategia:</b> Preguntas exploratorias		<b>Recursos:</b> Película	
<b>Reactivación de conocimientos previos</b>	<b>Situación problemática</b>		<b>Aplicación de conocimientos</b>	
¿ que sabes del embarazo adolescente?	¿Puede una mujer embarazarse en su primera relación sexual?		¿Cómo evitas un embarazo en la adolescencia?	
¿ El condón puede evitar un embarazo?	¿Qué harías si quedaras embarazada?			
<b>Construcción de significados</b>	<b>Organización del conocimiento</b>		<b>Evaluación del proceso</b>	
Consecuencias de no usar condón.	Importancia de colocar correctamente el condón		Colocar correctamente el condón	
Importancia del proyecto de vida.				
			Tarea	

Datos de identificación de la clase				
<b>Asignatura:</b>	<b>Nivel:</b> Bachillerato	<b>Grado:</b>	<b>Grupo:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Clase:</b> Numero	<b>Tema: Conducta sexual responsable.</b>		<b>Nivel de asimilación:</b> Comprensión de contenido y reproducción	
<b>Objetivo del aprendizaje:</b> colocar correctamente el condón.				
<b>Objetivo actitudinal:</b> desarrollar el valor de la corresponsabilidad				
<b>Título:</b> Colocación correcta del condón.				
<b>Método:</b> Explicativo- ilustrativo		<b>Estrategia:</b> Taller		<b>Recursos:</b> Presentación en Power-point, modelo anatómico, condones, folletos, video.
Reactivación de conocimientos previos		Situación problemática		Aplicación de conocimientos
¿Qué es un condón?		¿Por qué se rompe un condón?		Colocar en un modelo anatómico un condón
¿Para qué sirve un condón?		¿Qué pasa si se rompe un condón?		
¿Sabes colocar un condón?				
<b>Construcción de significados</b>		<b>Organización del conocimiento</b>		<b>Evaluación del proceso</b>
Con el apoyo de un Power-point colocar en un modelo anatómico.		Comprensión del orden en los pasos		
				<b>Tarea</b>
				Reflexionar en la importancia de colocar correctamente el condón

## Referencias bibliográficas.

---

<sup>1</sup> Pérez-Campanero MP, Pérez –Campanero AMP. La intervención educativa un enfoque sistemático. En: Pérez-Campanero MP, Pérez –Campanero AMP Como detectar las necesidades de intervención socioeducativa. 2ª edición. España: Narcea;1994 : p. 17-19.  
[http://books.google.com.mx/books?id=iJXW6OUidLIC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summar\\_y\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=iJXW6OUidLIC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summar_y_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

<sup>2</sup> Sarrate Capdevilla ML .Ámbitos de educación Socioeducativa. En: Sarrate Capdevilla ML, Hernando Sanz MA. Intervención en Pedagogía Social. España: Narcea, SA. De ediciones; 2009: p.55-78

<sup>3</sup> Pimienta Julio. Fundamentos y metodología constructivista para la planeación de la enseñanza. En: Pimienta Julio Metodología constructivista. México. Pearson Educación;2007: p.3-18, 22-47

<sup>4</sup> Díaz BF, Hernández RG. Constructivismo y aprendizaje significativo en: Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. Tercera edición, México. McGraw Hill; 2010. P. 22-39



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Maestría en Enfermería

Cuestionario para evaluar la sexualidad responsable, en estudiantes de una institución de educación de nivel superior.

LEO: Amelia Rodríguez Méndez

Tutor: Mtra. Liliana González Juárez

Orientación. Educación en enfermería

Marzo 2012

Este cuestionario es anónimo y forma parte de la investigación: Efecto de un programa de intervención educativa sobre sexualidad responsable en estudiantes de una institución de educación de nivel medio superior.

Objetivo: determinar los conocimientos y las actitudes de los adolescentes acerca de la sexualidad responsable.

Lee con atención y contesta con sinceridad marcando con una cruz la respuesta que consideres conveniente, estas son validas siempre que reflejen lo que consideras. Gracias por tu colaboración.

Ficha de identificación.

1	Folio.		
2	Grupo		
3	Fecha		
4	Sexo.		
5	Años cumplidos; marzo del 2012		
6	Estudios de los padres.		
7	Religión.		
8	Estado civil de los padres.		
9	¿Con quién vives?		
10	¿De dónde obtienes información / educación sexual?		

Datos generales. Lee con atención y marca con una X una de las opciones.

10	¿Tienes novi@ actualmente?	Si	No	
11	Si tienes novi@ contesta la siguiente pregunta. ¿Tienes vida sexual activa?	Si	No	
12	¿Utilizas algún método anticonceptivo?	Si	No	
13	¿Cuál?			
14	¿Has tenido relaciones sexuales sin protección?	Si	No	
15	Mujer ¿has tenido un embarazo?	Si	No	
16	Hombre ¿has embarazado a una chica?	Si	No	
17	¿Conoces tus derechos sexuales y reproductivos?	Si	No	
18	¿Asistes a todas tus clases?	Si	No	
19	¿Has tenido una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?	Si	No	
20	Si ya iniciaste vida sexual ¿a que edad fue?	Si	No	

Conocimientos. Lee con atención y marca con una X o subraya la respuesta correcta. No dejes preguntas sin respuesta.

21.- El aparato reproductor femenino está compuesto por:

Órganos internos y externos      Vulva      Vagina      Útero

22.- La primera menstruación se llama:

Telarca      Pubarca      Menarca      Menopausia

23.-La capa del útero que se desprende durante la menstruación se llama:

Endometrio      miometrio      perimetrio      epitelio

24.- Los métodos para evitar un embarazo son:

Abstinencia      Hormonales      DIU      implantes

25.- La principal causa de la amenorrea es:

Delgadez extrema      embarazo      estrés      ciclo irregular

26.- Los métodos anticonceptivos se dividen en:

Temporales/definitivos      DIU/ condón      OTB/ vasectomía      pastillas/ritmo

27.- Cuantos días dura el ciclo menstrual?

28 días      30 días      31 días      todas las anteriores

28.- Razones por las que iniciarías relaciones sexuales?

Curiosidad      tengo novi@      presión de amig@s      amo a mi novi@

29.- ¿Cuándo ocurre la ovulación?

Cuando baja la menstruación      14 días después del próximo periodo

14 días antes del próximo periodo      Ninguna de las anteriores

30.-Evitas una enfermedad de transmisión sexual con el uso adecuado de:

DIU      Implantes      condón      Pastillas anticonceptivas

31.- ¿Qué hay en tu proyecto de vida a seis años?

Tener 2 hijos      Estar casad@      Terminar la carrera      no tengo

32.-Cuales son las consecuencias de no usar condón

Embarazo      VIH/SIDA      Angustia      ITS

33.- Razones para no usar condón.

Son caros      No se usarlo      no se siente lo mismo      falta de previsión

34.- Pasos a seguir en el uso del condón. Da un orden numérico.

Revisar burbuja de aire en el condón.	
Apretar el receptáculo de depósito del semen.	
Abrir el paquete sin usar uñas o dientes.	
Sacar el condón del paquete cuidando de no rasgarlo.	
Colocar el condón en el pene erecto.	
Tomar el CONDON y anudarlo.	
Ver hacia qué lado se desenrolla.	
Tirarlo al cesto de la basura.	

35.- ¿Una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual?

Falso                      Verdadero

36.-¿El condón sirve para evitar una infección de transmisión sexual?

Falso                      Verdadero

37.-¿ Si una mujer utiliza pastillas anticonceptivas, el hombre no debe utilizar condón?

Falso                      Verdadero

38.-¿El VIH y el SIDA dan los mismos síntomas?

Falso                      Verdadero

Lee con atención y marca con una X la respuesta que consideres adecuada. Conducta sexual: muy Inadecuado (1), inadecuado (2), ni adecuado ni inadecuado (3), adecuado (4), muy adecuado (5)

Conducta sexual	1	2	3	4	5	Cod.
39.-Planear la primera relación sexual es:						
40.- Hablar de sexo protegido antes de la relación sexual es:						
41.-Solicitar condones cuando vas a tu clínica es:						
42.-Ser influenciado por amigos para tener relaciones sexuales es:						
43.-Proponer el uso de condón es:						
44.-Tener relaciones sexuales ocasionales sin protección es:						
45.-Tener relaciones sexuales contra tu voluntad es:						
46.-Comerciar con las relaciones sexuales es:						
47.-Utilizar algún método condón en la más reciente relación sexual es:						
48.-Haber utilizado anticonceptivo en la más reciente relación sexual es:						
49.-Tener preocupación acerca del VIH es:						
50.-Tener preocupación por las ITS es:						
51.- Mantener relaciones sexuales con una sola pareja es:						
52.-Sentirse atraído sexualmente por una persona del mismo sexo es:						
53.-Evitar un encuentro sexual si no cuenta con condones es:						

Lee con atención y marca con una cruz la respuesta que consideres adecuada. Conductas preventivas: totalmente en desacuerdo (1), en desacuerdo(2) ni de acuerdo ni desacuerdo (3), de acuerdo (4), totalmente de acuerdo (5)

Conductas preventivas	1	2	3	4	5	Cod.
54.- ¿Si tuvieras una ITS acudirías al médico?						
55.- ¿Si tuvieras una ITS lo hablarías con tu pareja?						
56.- ¿Te avergüenza solicitar condones al médico o a la enfermera?						
57.- ¿Si tu pareja te solicita el uso del condón te da desconfianza?						
58.- ¿Los condones son adecuados en todas y cada una de las relaciones sexuales en parejas estables?						
59.-¿Los condones son adecuados en todas y cada de las relaciones sexuales ocasionales?						
60.- ¿Consideras necesario hablar de anticoncepción con tu pareja?						

Gracias.