



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**

---

---

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM NEZAHUALCÓYOTL**

**LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

**PROGRAMA PARA FOMENTAR LA POSTERGACIÓN DE LA VIDA  
SEXUAL ACTIVA A TEMPRANA EDAD EN ESTUDIANTES DE  
SECUNDARIA.**

**T E S I S**

QUE PRESENTA  
**DIANA YANIN GUTIÉRREZ MERÁZ**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

**ASESOR:**  
DR. ESTEBAN JAIME CAMACHO RUÍZ

CD. NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO, MAYO 2019.

## ÍNDICE

	Página
<b>RESUMEN</b>	1
<b>ABSTRACT</b>	2
<b>INTRODUCCIÓN</b>	3
<b>CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Pregunta de investigación	4
1.2 Objetivo general	4
1.2.1 Objetivos específicos	4
1.3 Hipótesis alterna	5
1.3.1 Hipótesis nula	5
1.4 Variables dependientes	5
1.4.1 Variables independientes	5
1.5 Definición de variable	5
1.5.1 Definición de variable operacional	6
<b>CAPITULO II. MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Contextualización	7
2.1.1 Antecedentes	11
2.1.2 Factores asociados a la postergación de la actividad sexual	16
2.1.3 Epidemiología	25
2.2 Definición de términos	31
2.3 Estado del arte	33
<b>CAPITULO III. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b>	
3.1 Método	43
3.1.1 Participantes	43
3.1.2 Instrumento	43
3.1.3 Intervención	44
3.1.4 Procedimiento	44
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS</b>	
4.1 Resultados descriptivos	46
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES</b>	
Discusión	60
Conclusiones	65

<b>REFERENCIAS</b>	68
--------------------	----

## **ANEXOS**

Anexo 1 Instrumento	74
Anexo 2 Manual	77
Anexo 3 (Formulario de asentimiento y consentimiento informado para 1° grado)	121
Anexo 4 Formulario de asentimiento informado para 2° grado	123

## **LISTA DE TABLAS Y FIGURAS**

<b>Figura 1.</b> Distribución de la muestra por edad	46
<b>Figura 2.</b> Descripción de la variable por grupo intervención-control	47
<b>Figura 3.</b> Sexo de los participantes	47
<b>Figura 4.</b> Último grado de estudios terminado	48
<b>Figura 5.</b> ¿Trabajas actualmente?	48
<b>Figura 6.</b> Colonia en la que vives	49
<b>Figura 7.</b> ¿Has tenido novio/a?	49
<b>Figura 8.</b> Edad en la que tuviste tu primer novio/a?	50
<b>Figura 9.</b> ¿Actualmente tienes novio/a?	50
<b>Figura 10.</b> ¿En tu escuela imparten pláticas o talleres de educación sexual?	51
<b>Figura 11.</b> ¿Hablas con tus padres sobre temas de sexualidad?	51
<b>Figura 12.</b> ¿Pertenece a algún grupo religioso?	52
<b>Figura 13.</b> Grupo religioso al que perteneces	52
<b>Figura 14.</b> ¿Consideras que tener relaciones sexuales sin condón es un riesgo para contraer el SIDA?	53
<b>Figura 15.</b> ¿Consideras que tener relaciones sexuales anales es	53

un riesgo para contraer el SIDA?	
<b>Figura 16.</b> ¿Consideras que tener relaciones sexuales con alguien estando drogados es un riesgo para contraer el SIDA?	54
<b>Figura 17.</b> ¿Consideras que tener más de un/a compañero/a sexual es un riesgo para contraer el SIDA?	54
<b>Figura 18.</b> ¿Consideras que tener relaciones sexuales con otra persona basándote en su apariencia saludable es un riesgo para contraer el SIDA?	55
<b>Figura 19.</b> ¿Consideras que tener relaciones con homosexuales es un riesgo para contraer el SIDA?	55
<b>Figura 20.</b> ¿Consideras que tener relaciones con desconocidos es un riesgo para contraer el SIDA?	56
<b>Figura 21.</b> La información sobre sexualidad que tienes la obtuviste principalmente de:	56
<b>Figura 22.</b> ¿Has tenido relaciones sexuales?	57
<b>Figura 23.</b> Tu primera relación sexual fue:	57
<b>Figura 24.</b> ¿Utilizas condón en tus relaciones sexuales?	58
<b>Tabla 1.</b> Medidas y desviaciones estándar para el grupo control e intervención en la preprueba y la postprueba para las puntuaciones de (SEA-27)	59

## RESUMEN

El presente trabajo refiere al *programa para fomentar la postergación de la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria*, cuyo objetivo general es evaluar el impacto del programa, mismo que se verá reflejado en los objetivos específicos, los cuáles se centran en la implementación del programa y la evaluación de los conocimientos de los alumnos antes y después de la intervención. La muestra estuvo constituida por 63 alumnos de una escuela Secundaria; 35 alumnos de primer grado y 28 alumnos de segundo grado, con edades entre 12 y 14 años respectivamente.

Constó de una intervención de siete sesiones, con planes de acción para promover la abstinencia o procastinación de la primera relación sexual, así como una vida sexual responsable en los adolescentes y jóvenes que manifestaron tener vida sexual activa.

Se utilizó la escala para evaluar autoeficacia para prevención del SIDA en adolescentes (López y Moral, 2001), constituida con 52 preguntas cerradas tipo Likert, con valores de 1 a 5, desde 1 (Nada seguro) hasta (Total seguro), y un cuestionario integrado por dos preguntas abiertas sobre aspectos relevantes de la conducta sexual. Su fiabilidad, por el alpha de Cronbach, resulta de .89.

Los resultados demostraron que, con ayuda de la intervención y las sesiones realizadas, los alumnos aumentaron los conocimientos respecto a los riesgos y consecuencias de iniciar la actividad sexual a temprana edad, así como los conocimientos respecto al uso correcto del condón masculino y femenino, al mismo tiempo, se logró poner en contraste la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones en los diferentes ámbitos de la vida; resultado que se vio reflejado al realizar la postprueba.

### **PALABRAS CLAVE:**

**Abstinencia sexual; Procastinación; Adolescencia; Sexualidad temprana.**

## **ABSTRACT**

This work refers to the program to promote the postponement of active sexual life at an early age in secondary school students, whose general objective is to evaluate the impact of the program, which will be reflected in the specific objectives, which focus on the implementation of the program and the evaluation of the knowledge of the students before and after the intervention. The sample consisted of 63 students from a secondary school; 35 first grade students and 28 second grade students, with ages between 12 and 14 years respectively.

It consisted of an intervention of seven sessions, with action plans to promote abstinence or procrastination of the first sexual relationship, as well as a responsible sex life in adolescents and young people who reported having an active sexual life.

The scale was used to assess self-efficacy for AIDS prevention in adolescents (López and Moral, 2001), constituted with 52 Likert items, with values from 1 (Not sure) to 5 (Total sure), and a questionnaire composed of two open questions on relevant aspects of sexual behavior. Its reliability, by Cronbach's alpha, results from .89.

The results showed that, with the help of the intervention and the sessions held, the students increased their knowledge regarding the risks and consequences of initiating sexual activity at an early age, as well as the knowledge regarding the correct use of the male and female condom, At the same time, the ability of adolescents to make decisions in different areas of life was contrasted; result that was reflected when performing the post-test.

### **KEYWORDS:**

**Sexual Abstinence; Procrastination; Adolescence; Early Sexuality.**

## INTRODUCCIÓN

Aunque la iniciación de la actividad sexual durante la adolescencia y la edad adulta temprana es casi universal, se sabe poco sobre los patrones de iniciación, incluyendo el tiempo, la secuencia y el espaciamiento de los diferentes comportamientos sexuales, o las características asociadas con esos patrones, mencionan Reese, Choukas-Bradley, Herring y Halpern (2014); la mayor parte de la investigación sobre el comportamiento sexual de los adolescentes se ha centrado en las características asociadas con el primer coito vaginal y las implicaciones de su momento y circunstancias, y aunque el primer coito vaginal es claramente una transición importante en la vida de las personas, los adolescentes participan en otros tipos de comportamientos sexuales que también tienen implicaciones para la salud y el bienestar de cada uno de ellos.

A pesar de la gran información con la que actualmente cuentan los adolescentes y los jóvenes adultos sobre métodos anticonceptivos, mencionan Cheng y Landale (2011), los riesgos y consecuencias del inicio de la vida sexual activa a temprana edad siguen en aumento, como lo son las infecciones de transmisión sexual, los índices de embarazos no planificados y la deserción escolar a causa de esta gran problemática.

Abordar esta problemática es fundamental no sólo para conocer los índices de adolescentes y jóvenes que cuentan con vida sexual activa y los métodos anticonceptivos que utilizan en el ejercicio de su sexualidad, menciona Haydon, Herring, Prinstein y Tucker (2012), sino que también es importante enfatizar en la edad que tienen su primera relación sexual, las causas por las que deciden comenzar con la actividad sexual temprana y los conocimientos que tienen acerca sobre los riesgos y consecuencias que esta práctica implica en los diferentes ámbitos de la vida; es importante también, generar una reflexión sustentable sobre el ejercicio responsable de su sexualidad y las medidas preventivas que giran en torno a la vida sexual a temprana edad para prevenir posibles riesgos y consecuencias.

Por tal motivo, el objeto de estudio de la presente investigación se centró en la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria, ya que la adolescencia y la juventud, para Rodríguez, Sanabria, Contreras y Perdomo (2013), son edades aún tempranas que resultan favorables para modificar enseñanzas rígidas, mitos, tabúes, creencias y formas de conductas que hayan influido en su formación; de esta manera se pretende, con ayuda del educador para la salud, contribuir a que en ésta y las etapas consiguientes, logren manifestar cierto grado de autorresponsabilidad en cuanto al cuidado de su salud dentro de las relaciones sexuales.

Para realizar dicha intervención fue necesaria la elaboración de un programa dirigido a alumnos de secundaria, con presencia o no de una vida sexual activa, enfocada a fomentar la postergación y la abstinencia secundaria de las relaciones sexuales tomando en cuenta los diferentes entornos de la vida, así como el proyecto de vida personal de los adolescentes, para darle soporte a sus ideales a corto, mediano y largo plazo; cabe mencionar también que, dentro de las sesiones se abordaron algunos de los riesgos y consecuencias del inicio temprano de las relaciones sexuales, en este caso se abordó el tema de las Infecciones de Transmisión Sexual, dando mayor énfasis en la transmisión del VIH/SIDA.

Es importante que los adolescentes tengan en cuenta la importancia que tiene el crear un plan de vida que abarque sus planes, deseos y expectativas a corto, mediano y largo plazo, de ésta manera se logrará aterrizar en la toma de decisiones y la comunicación efectiva en cualquier ámbito de la vida, mismo que les permitirá cuidar de su integridad, así como a fomentar el autocuidado en las relaciones sexuales.

La elaboración de dicha investigación se encuentra dividida en 5 capítulos.

En el capítulo 1 se describen los objetivos, general y específicos, para la realización del programa, la hipótesis nula y alterna que sirvieron de guía para



verificar si la implementación de dicho programa ayudó o no al aumento de conocimientos de los jóvenes, en cuanto a los riesgos y consecuencias de iniciar su actividad sexual a temprana edad y las variables que se tomaron en cuenta para medir los resultados del programa.

El capítulo 2 abarca la descripción de algunas investigaciones que se llevaron a cabo en torno al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de diferentes países, tomando en cuenta México, así como las asociaciones que esta práctica tiene dentro de los entornos familiar, social, religioso y escolar, los factores que influyen en la toma de decisiones y los riesgos y consecuencias que ésta práctica implica en la iniciación temprana. Se hace mención de la contextualización sobre el comienzo de la actividad sexual en adolescentes y jóvenes que iniciaron su vida sexual a temprana edad, así como cuántos de ellos decidieron posponer el inicio de la actividad sexual, y si existió o no el uso de algún método anticonceptivo en las relaciones sexuales.

El capítulo 3 se centra en el método de la investigación; instrumento a utilizar, validez, confiabilidad, muestra de los participantes; cómo es que se llevó a cabo la intervención y el procedimiento al momento de realizarla.

El capítulo 4 refiere a los resultados obtenidos en la implementación del programa.

El capítulo 5 abarca la discusión y las conclusiones obtenidas en cuanto a los resultados esperados y reales de la implementación del programa.

Finalmente, se encuentran las referencias utilizadas en la investigación y los anexos.

## **Capítulo 1. Planteamiento del problema**

### **1.1 Pregunta de investigación**

En hombres y mujeres estudiantes de una escuela secundaria pública de primer grado del turno matutino, con edades entre 12 a 14 años del municipio de Nezahualcóyotl, en el Estado de México, ¿cuál será el impacto de una intervención en educación para la salud de siete sesiones de una hora a la semana, en comparación con un grupo control y un grupo en lista de espera?, ¿incrementarán los conocimientos que los alumnos tengan respecto a los riesgos y consecuencias que implica el inicio de la vida sexual activa a temprana edad?

### **1.2 Objetivo general**

Evaluar el impacto de un programa para fomentar la postergación de la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria.

#### **1.2.1 Objetivos específicos.**

- Implementar el programa para fomentar la postergación y abstinencia secundaria de las relaciones sexuales en adolescentes.
- Evaluar los conocimientos de los alumnos, antes y después de la intervención.

Para lograr dichos objetivos, se llevó a cabo una intervención de siete sesiones con el grupo intervención de primer grado de secundaria, para conocer, en primer lugar, si cuentan con una vida sexual activa y la edad en la que la comenzaron, en este caso se pretende fomentar la abstinencia secundaria, así como el uso correcto del condón masculino y/o femenino. Por otra parte, se comparó, en alumnos sexualmente activos y no activos, cuáles son los conocimientos que tienen en torno al inicio de la actividad sexual a temprana edad, así como sus implicaciones a corto, mediano y largo plazo, de esta manera, se intervino con el objetivo de explicar a los alumnos los posibles riesgos y consecuencias de la

actividad sexual temprana, al mismo tiempo que se fomentó la postergación de la actividad sexual y la abstinencia secundaria.

### **1.3 Hipótesis alterna**

La implementación de un programa incrementará los conocimientos sobre los riesgos y consecuencias del inicio de la vida sexual activa a temprana edad en adolescentes.

#### **1.3.1 Hipótesis nula**

La implementación de un programa no incrementará los conocimientos sobre los riesgos y consecuencias del inicio de la vida sexual activa a temprana edad en adolescentes.

### **1.4 Variables dependientes**

Conocimientos para la postergación de la primera relación sexual en adolescentes de secundaria. (Alumnos -hombres y mujeres- de educación secundaria entre 12 y 14 años de edad que residen en Ciudad Nezahualcóyotl con presencia o no de vida sexual activa).

#### **1.4.1 Variable independiente:**

Edad, sexo, ocupación, nivel de estudios, zona geográfica de residencia, intervención.

### **1.5 Definición de variables**

**Edad:** Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (Real Academia Española, 2018).

**Sexo:** Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas; conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo, masculino-femenino. (RAE, 2018).

**Ocupación:** Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa. (RAE, 2018).

**Nivel de estudios:** Se refieren al grado más alto de estudios que una persona ha cursado y ha abandonado ya, bien porque los haya concluido o bien porque los interrumpió antes de terminarlos. Por tanto, afecta exclusivamente a la población no estudiante (RAE, 2018).

**Zona geográfica de residencia:** Una región geográfica forma parte del conjunto de las regiones naturales: se trata de zonas territoriales que se delimitan a partir de determinadas características de la naturaleza. La geografía física es lo que permite el reconocimiento de una región geográfica (RAE, 2018).

**Intervención:** Tomar parte en un asunto, verbo intransitivo (RAE, 2018).

### **1.5.1 Definición de variables operacional**

Se medirá en el cuestionario de datos sociodemográficos.

- Edad: se medirá de forma cuantitativa.
- Sexo: se medirá de forma cuantitativa.
- Ocupación: se medirá de forma cualitativa
- Estado civil: se medirá de forma cualitativa.
- Nivel de estudios: se medirá de forma cuantitativa.
- Zona geográfica: se medirá de forma cualitativa.

## Capítulo 2. Marco Teórico

### 2.1 Contextualización

Hasta hace algunos años, la adolescencia y sus implicaciones, se habían considerado como una etapa relativamente exenta de problemas de salud, como los que pudiese padecer alguna persona adulta o de edad avanzada, pero hoy en día es evidentemente claro que los adolescentes y jóvenes enfrentan serios problemas que afectan su estabilidad biopsicosocial, tales como son los problemas generados a causa del consumo del tabaco, el alcohol, las drogas, la violencia, incluidos también y sin menor importancia, los suicidios y los accidentes, (Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry, Ronis y Zhou, 2008); uno de los peligros relacionados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes son las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluidos el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y los embarazos no planificados a consecuencia del inicio temprano de las relaciones sexuales y el mal uso de los preservativos.

Para Zacarrés, Iborra, Tomás y Serra (2009), la población adolescente es especialmente considerada de gran importancia en el estudio de la salud sexual y reproductiva, ya que es socialmente considerada, según Rodríguez et al. (2013), como la etapa del ciclo vital del inicio de las relaciones socioafectivas más abiertas, mismas que contrastan con la baja consistencia en el conocimiento y manejo de la información por parte de los adolescentes sobre los procesos de los riesgos sexuales y reproductivos.

La adolescencia, como la juventud, según Rojas, Méndez y Montero 2016, tienen connotaciones diferentes según el entorno social en el que se encuentre, pero al mismo tiempo, forman parte de un hecho trascendental, puesto que los propios jóvenes, así como sus entornos familiares y culturales cercanos, asumen hoy la “naturalidad” y la normalidad del inicio de la sexualidad a temprana edad.

Es importante hacer mención sobre la diferencia que existe entre las edades en que ocurren las relaciones sexuales, mencionan Yago y Tomas (2015), ya que las adolescentes son mucho más jóvenes que sus parejas masculinas, y esta circunstancia, podría ser considerada como una situación de riesgo para ambos (Rojas, Méndez y Montero, 2016).

Para Son, Oh, Heo, Huy, Minh, Choi y Hoat, (2016), la relación sexual temprana se define comúnmente como haber tenido la primera relación sexual antes de los 15 años, es por ello que se resalta la importancia de los temas en salud sexual y reproductiva para los adolescentes.

Para Rodríguez et al. (2013), la educación sexual es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto, ya que en primer lugar se inicia desde el nacimiento dentro del grupo familiar, donde se van adquiriendo los conocimientos básicos y mínimos sobre el cuerpo humano y el autocuidado a muy temprana edad; dicho proceso transcurre durante toda la vida en los vínculos que establecen las personas al interactuar con diferentes grupos. Es importante mencionar que con el paso de los años se pueden apreciar importantes cambios de conductas, actitudes y valores en lo que refiere a la sexualidad de los jóvenes y adolescentes, así como el manejo de la información que éstos pueden llegar a percibir en los diferentes entornos de la vida.

Es importante también, que los adolescentes y jóvenes consideren la importancia que tiene la procastinación de las relaciones sexuales, ya que favorece al crecimiento académico y al planteamiento de metas favorables a largo plazo. La abstinencia o postergación de la primera relación sexual, ayuda a reducir los índices de embarazos no planificados, así como las infecciones y/o enfermedades de transmisión sexual y la deserción escolar.

A pesar de la importancia de la postergación de la primera relación sexual para evitar y reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazos no

planificados, existen pocos estudios que han examinado el aplazamiento y la abstinencia sexual como una estrategia preventiva para adolescentes y jóvenes que aún se encuentran en etapa escolar. Daileader 2003, considera la prevención como punto de partida fundamental en la implementación de programas con población adolescente y adultos jóvenes que aún no se encuentran sexualmente activos, ya que las exhortaciones de la abstinencia y la postergación de la relación sexual funcionan de mejor manera. Informar a los adolescentes sobre las consecuencias y los riesgos de iniciar una vida sexual activa a temprana edad y brindarles las herramientas necesarias para que sean capaces de postergar las relaciones sexuales hasta una edad considerable (18 años o más), ya que la abstinencia o la procrastinación de la primera relación sexual es la manera más efectiva de proteger a los adolescentes y a la población adulta joven de los embarazos no planificados, e infecciones de transmisión sexual, como el VIH.

A pesar de esa escasez, existe una gran diversidad de conceptos utilizados que hacen referencia al tema. En una revisión bibliográfica sistematizada, con instrumentos de medida de actitudes hacia la sexualidad, realizada por Molina y Rojas 2017, encontraron que en algunas investigaciones se han operacionalizado las actitudes hacia la sexualidad como el valor atribuido a diversos actos sexuales (Redfearn & Laner, 2000), el grado de comodidad ante determinados comportamientos sexuales (McMillen, Helm & McBride, 2011), la aceptación de determinadas actividades sexuales de uno mismo y de los demás (Sprecher & Hatfield, 1996), etc. Estas formas de operacionalizarlas muestran cómo se utilizan indistintamente en ocasiones diferentes las actitudes hacia la sexualidad y hacia los comportamientos sexuales.

También es importante mencionar que la falta de atención hacia el género, en los contenidos de los programas de estudios suele ser un problema al realizar trabajos enfocados en salud sexual y reproductiva; por ejemplo, en algunos países en vías de desarrollo, la mayoría de los jóvenes, en especial las chicas, están fuera del alcance de los programas de educación sexual y relaciones de las

escuelas. En muchos lugares, una gran parte de las chicas no acuden a la escuela, sobre todo en aquellos cursos en los que se ofrecen los programas de educación sobre sexualidad y relaciones. por ejemplo, en senegal, sólomente el 9% de las chicas de entre 15 y 19 años acuden a la escuela secundaria; en kenia la cifra es del 13% y en Bangladesh asciende al 20%. En otros lugares, especialmente en America Latina, esta tendencia es menos notable; en Colombia por ejemplo, el 49% de las chicas de entre 15 y 19 años va a la escuela (Population Council, 2001a, b, c, 2002 en Rogow y Haberland 2005).

En este sentido, mencionan Son y Oh et al. (2016), que la primera relación sexual temprana es un problema de salud pública, ya que indican que en cuanto más temprano sea la primera relación sexual, en el caso de las mujeres, es más probable que se tengan embarazos no planificados o que exista la trasmisión del VIH o alguna ITS.

Bajo este panorama, es importante para la realización de dicho estudio, dejar en claro el marco bajo el cual se basara dicha intervención, ya que es de suma importancia que las exhortaciones de abstinencia y procastinación de la actividad sexual, formen parte de programas y campañas enfocados a la prevención de embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual, para hombres y mujeres, además de fomentar, con ayuda de la educación para la salud, el uso correcto del condón en la población que se registre con actividad sexual temprana, para así evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual, embarazos no planificados en los adolescentes, incluso, las relaciones sexuales con múltiples parejas.



### **2.1.1 Antecedentes.**

El inicio de las relaciones sexuales a temprana edad es un punto de partida que contribuye a la vulnerabilidad en los adolescentes y jóvenes de contraer infecciones de transmisión sexual, tales como la de VIH, al mismo tiempo que los expone a tener más parejas sexuales a temprana edad, así como un periodo más largo de encuentros sexuales con diferentes parejas antes de la formación de relaciones de monogamia a largo plazo. Cabe mencionar que, en el caso de las mujeres, según Tenkorang y Maticka-Tyndale (2008), el hecho de comenzar una vida sexual activa a temprana edad trae consigo una cantidad más grande de riesgos, debido a la poca madurez fisiológica que tienen de su cuerpo, ya que aún no se encuentra preparado para un embarazo.

En la mayoría de los casos, es muy probable que las y los adolescentes no practiquen la abstinencia perfectamente y también es probable que no utilicen preservativos y/o algún método anticonceptivo en los encuentros sexuales que tengan, ni mucho menos de forma correcta; incluso, algunos adolescentes y jóvenes pueden creer que están practicando la procastinación si se abstienen del coito vaginal, incluso si tienen otros tipos de intimidad o encuentros sexuales que ponen en riesgo su integridad, menciona Daileader (2003), por su parte, una persona joven puede tener relaciones sexuales en un momento de "debilidad", por tal motivo se pone en contraste la necesidad de ayudar, orientar y fomentar en los jóvenes el desarrollar aptitudes para practicar de forma activa la abstinencia y negarse a la actividad sexual no deseada o de cualquier otro tipo que implique un riesgo para sí mismo, su integridad, su salud e incluso su futuro.

Bajo este sentido, es importante mencionar que diversos estudios indican la aparición de cambios en las actitudes y los comportamientos sexuales de los adolescentes, ya que se dan cada vez con mayor precocidad, lo que pone en contraste que comienzan a tener relaciones sexuales a edades más tempranas que sus iguales de hace varias décadas; además, es importante mencionar que los adolescentes pueden encontrarse físicamente maduros pero no

emocionalmente preparados para la actividad sexual y todo lo que implica el ejercicio de esta práctica.

Un gran estudio en seis países, señala que los programas con exhortaciones de abstinencia causaron postergación en la iniciación sexual de aproximadamente un año, en países donde la frecuencia del VIH disminuyó. El estudio determinó que tanto Uganda como Zambia, mostraron un aumento del promedio de edad de iniciación sexual, una disminución del número de compañeros o compañeras sexuales y un uso más extenso del condón. En Uganda, la edad de la iniciación sexual aumentó de 16.5 a 17.3 años en las mujeres y de 17.6 a 18.3 años en los hombres. En Zambia, en un lapso de cinco años, la edad de la primera relación sexual de los hombres jóvenes pasó de 16.2 a 18.1 años, mientras que la edad de iniciación sexual de las mujeres se mantuvo casi igual, con 17.1 años (Daileader, 2003).

Algunas campañas de medios de comunicación han contribuido a postergar la iniciación sexual. La campaña Ayuda Mutua para Actuar Responsablemente (Helping Each Other Act Responsibly Together, HEART) en Zambia, diseñada por jóvenes y para jóvenes, promueve la abstinencia y el uso de condones y da información sobre el VIH, SIDA y protección contra infecciones. La campaña incluyó consignas tales como "Poder virgen, orgullo virgen" y "La abstinencia está en la onda" y se pasaron anuncios en televisión y radio dirigidos a los jóvenes de 13 a 19 años de edad. Un año después de la campaña, (Underwood, Hachonda, Serlemitsos et al., 2001 en Daileader, 2003), en una encuesta a más de 1.000 jóvenes, comparó los comportamientos sexuales de los televidentes de la campaña con quienes no la habían visto, manteniendo constantes factores tales como la edad, el sexo, la educación y la residencia. 46% de los telespectadores practicaban abstinencia primaria o secundaria y 67% había usado un condón en su última relación sexual.

En Jamaica, una campaña de medios de comunicación de masas del proyecto Youth.now está enfrentando las necesidades de salud reproductiva de los adolescentes por medio de un enfoque segmentado basado en la edad, ya que, en Jamaica, según Hardee, (2002) en Daileader (2003), la edad promedio de iniciación sexual es de 13.2 años para los hombres y de 15.2 años para las mujeres. El programa promovió la abstinencia para jóvenes de 10 a 12 años de edad, e hizo hincapié en el mayor conocimiento de sí mismo y la abstinencia en jóvenes de 13 a 15 años de edad y promovió la protección contra embarazos no deseados, VIH y otras ITS para jóvenes mayores.

Por otro lado, existen programas que promueven la abstinencia por sí sola, menciona Bampata (2003) en Daileader (2003); la primera dama de Uganda, Janet Museveni, inició el Foro de la Juventud de Uganda (Uganda Youth Forum), en 1992, como parte de la campaña general de prevención del SIDA en el país. A través de una serie de conferencias, programas de aptitudes para la vida, proyectos de servicio a la comunidad y grupos de apoyo a la abstinencia, el Foro de la Juventud informa que unos 40.000 jóvenes han firmado un compromiso de abstinencia y tarjetas "El verdadero amor espera".

Los hallazgos de Underwood, Hachonda, Serlemitsos y Bharath (2001), sugieren que las campañas de salud reproductiva y mercadeo social en Zambia llegaron a una gran parte de la población, y tuvieron un impacto significativo en el uso del condón. Los resultados sugieren que, las futuras campañas de comunicación sobre salud reproductiva que invierten en programación radial, pueden ser más efectivas que las que invierten en programación televisiva, y que las futuras campañas deberían buscar aumentar su impacto entre las mujeres, quizás centrándose en las limitaciones específicas que impiden a las mujeres el uso de condones. Bajo esta perspectiva, es importante mencionar la importancia y el papel que juegan los medios de comunicación en la toma de decisiones de los adolescentes, así como el contenido que manejan para que estos tengan o no un impacto considerable en la sociedad.

Un ejemplo de ello es el Programa Integrado de Salud de Zambia (ZIHP), el cual produce varios programas de radio y televisión relacionados con la salud. La serie documental de radio y televisión ZIHP titulada "Your Health Matters" se transmite en las Radios Uno y Dos de Zambia National Broadcasting Company (ZNBC) y en televisión. Los documentales cubren temas como cómo el VIH / SIDA está afectando a los jóvenes de Zambia, cómo los jóvenes pueden cambiar su comportamiento y cómo los maestros y los padres pueden ayudar a los jóvenes a resistir la presión de tener relaciones sexuales (Van y Meekers, 2007).

Cabe mencionar que, a pesar de que existan programas, campañas e intervenciones para adolescentes, respecto a posponer el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, los resultados siguen siendo menos de los esperados en relación con las exhortaciones que existen, debido al bajo rango de población a los que se encuentran dirigidos.

A pesar de estos altos niveles de actividad sexual y relaciones sexuales sin protección, aún no se ha llegado al punto en que todos los proveedores de atención primaria y especializada de salud para adolescentes proporcionen atención de salud sexual y reproductiva consistente y exhaustiva. Las razones de esta falla son complejas y multifactoriales, e incluyen desafíos y barreras tanto individuales como sistémicas (Gibson, 2016).

Para reducir el índice de adolescentes y jóvenes que manifiestan presencia de una vida sexual activa a temprana edad, así como la incidencia y prevalencia de ITS, particularmente del VIH/SIDA, menciona Gallegos et al. (2008), se requiere de la utilización de modelos conductuales educativos para lograr facilitar el cambio de conductas no saludables en los adolescentes.

Cabe mencionar que existe muy poca literatura e investigaciones científicas que se centren en estudiar los patrones de comportamiento de los adolescentes ante el inicio de las relaciones sexuales, mismas que por supuesto, generan

consecuencias al no ser abordadas de forma correcta para los adolescentes. Ante estos hechos, es importante exhortar a las autoridades competentes que se lleven a cabo acciones que pongan como prioridad la prevención de conductas sexuales de riesgo en poblaciones que se desarrollan en medios vulnerables.

### **2.1.2 Factores asociados a la postergación de la actividad sexual**

En un estudio realizado por Garcia-Vega et al, en 2012, cuya finalidad fue realizar una aproximación a las variables que pueden influir en el comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes y a la posible diferencia de sexos, tuvo como participantes a 815 estudiantes españoles (54.6% mujeres y 45.4% hombres). Se llevó a cabo la aplicación de un auto-informe, del cual se obtuvo como resultado que el 65% de la muestra había practicado la masturbación, un 84.8% los besos, un 46.9% las caricias genitales, un 27.1% practicó el sexo oral, un 32.3% mantuvo relaciones coitales con penetración vaginal y un 8.3% practicaron la penetración anal. Solo un 15.2% no tuvo ningún tipo de experiencia sexual con terceras personas. Es importante mencionar que los porcentajes más altos los obtuvieron los hombres, llegando a la conclusión de que ellos son los que realizan más prácticas sexuales, así mismo, se muestra que el preservativo fue el método de elección en la primera relación sexual coital, el consumo de alcohol y la cantidad de parejas sexuales, fueron las conductas de riesgo más asociadas con los hombres. Por otra parte, las mujeres se protegen de enfermedades de transmisión sexual, pero al mismo tiempo existe un incremento de abortos por el uso inadecuado de preservativos.

Bajo este panorama es importante mencionar que el inicio de la actividad sexual se ve fuertemente influenciada y relacionada con los comportamientos sexuales que tienen y asumen los adolescentes a lo largo de esta transición, que a su vez, tiende a tomar repercusiones importantes a lo largo de la vida.

Gran parte de la literatura que examina las características asociadas con el primer coito vaginal se basa en la teoría del comportamiento problemático. La "conducta problemática" es un comportamiento proscrito por la sociedad, la cual se basa en el principio de que el comportamiento humano es el resultado de interacciones dinámicas y continuas entre la persona y el medio ambiente (Jessor 1991 en Reese et al. 2014). Dicha teoría consta de tres sistemas principales que definen la relación que existe en la aparición del comportamiento problemático; la familia, la

escuela y la religión; es decir, que estos factores pueden verse involucrados en la toma de decisión del inicio o procrastinación de la relación sexual en la adolescencia o la edad adulta temprana.

Estudios previos, (Cheng y Landale 2011), apoyan dicha teoría, ya que han revelado que quienes presentan un buen desempeño escolar, vínculos fuertes en la religión y un clima familiar positivo son menos propensos a comenzar el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad. En este sentido, cabe resaltar la importancia que tienen los vínculos socioafectivos y las redes de apoyo en los adolescentes, no sólo en el hogar, sino también en las instituciones ajenas a ella, para la toma de decisiones, el autocuidado y la comunicación que éstos tengan para las habilidades de la vida diaria.

Un estudio realizado por Klaus et al. en el año de 1987, demostró que la participación de los padres correlacionó positivamente con el aplazamiento y/o la interrupción de la actividad sexual de los adolescentes; del mismo modo, en un estudio llevado a cabo por Martell, Ibarra, Contreras y Camacho (2018), mencionaron que el papel de la familia es determinante en las conductas sexuales de los jóvenes, y que la figura materna resulta tener una función predominante en la comunicación de los adolescentes, incluso en los hombres, además de que transmite valores e impone límites no sólo en lo que a salud sexual se refiere, sino también en los diferentes entornos y ámbitos de la vida en la etapa de la adolescencia. En este sentido, cabe resaltar la importancia que tiene la comunicación entre padres e hijos, ya que además de fortalecer el vínculo afectivo de los adolescentes, puede llegar a influir de forma positiva al momento de poner en práctica la toma de decisiones en cuanto a salud sexual refiere.

Por su parte, Reese, Choukas-Bradley, Herryng y Halpern en 2014, realizaron un estudio sobre patrones de iniciación sexual en adolescentes y adultos jóvenes, el cual tuvo como objetivo, identificar las características de los adolescentes asociadas con diferentes patrones de iniciación sexual. Los patrones de iniciación

sexual se examinaron entre 12.378 encuestados de los cohortes poblacionales 1 (1994-1995) y 4 (2008) del Estudio Nacional Longitudinal de Salud Adolescente, (AddHealth), el cual exploró las asociaciones entre las características de los adolescentes y la pertenencia a cinco clases que capturan el tiempo, la secuencia, el ritmo y la variedad de los patrones de iniciación sexual. En dicho estudio se encontró que los participantes que son más adherentes y presumiblemente más comprometidos con las actitudes, valores y las expectativas de la sociedad convencional, tienen más probabilidades que otras de retrasar múltiples tipos de actividad sexual hasta mucho más allá de la norma para sus pares.

Existen muchos factores que afectan el momento de la primera relación sexual. Según la OMS (2002), una reseña de estudios en 53 países, determinó factores comunes de disminución y de aumento de la probabilidad de iniciación sexual a temprana edad en todas las regiones del mundo: las relaciones positivas con los padres, los maestros y las creencias espirituales disminuyen la probabilidad de tener relaciones sexuales a temprana edad; mientras que por otro lado, la participación en comportamientos peligrosos y los amigos sexualmente activos la aumentan. Una de las características principales de las conductas riesgosas, menciona Dussailant 2010, es que en la adolescencia, éstas ocurren con gran frecuencia en contextos grupales.

En el desarrollo sexual del adolescente participan factores como la maduración puberal, la aceptación de la imagen corporal, el descubrimiento de las necesidades sexuales, el desarrollo de la personalidad, el aprendizaje de las relaciones sexuales y el establecimiento de un sistema propio de valores sexuales, y aunado a esto, la presión a la que se encuentran sometidos, misma que es ejercida por su grupo de iguales o por las reacciones de sus padres ante ese desarrollo sexual (Vega, Robledo, García e Izquierdo, 2012 en Martell, Ibarra, Contreras y Camacho 2018).



Para Gutierrez-Martínez, Bermúdez, Teva, y Buela-Casal (2007) en Garcia-Vega et al (2012), parece ser que los hombres cometen más conductas de riesgo en su afán de buscar sensaciones sexuales, y por presión de los iguales, lo que puede hacer necesario el incluir en los programas de prevención estrategias para que los adolescentes aprendan a satisfacer sus preferencias por la búsqueda de sensaciones sexuales, a través de comportamientos sexuales novedosos y estimulantes que impliquen un riesgo mínimo tanto para ellos como para sus parejas sexuales. Aparentemente los adolescentes tienen mayor probabilidad de ser activos sexualmente cuando sus pares lo son, o cuando creen (sin importar si la creencia es verdadera o falsa) que éstos ya han comenzado su actividad sexual. Por otro lado, al parecer, cuando los adolescentes cometen crímenes es mucho más común que lo hagan en grupo que cuando los adultos lo hacen (Steinberg, 2008 en Dussailant, 2010).

Por otra parte, Cheng y Landale (2011), realizaron un estudio acerca del sobrepeso adolescente, relaciones sociales y la transición al primer sexo: género y variaciones. Utilizaron los datos del Estudio Longitudinal Nacional de Salud del Adolescente y un análisis de historia de eventos de tiempo discreto, que investigan la asociación entre el peso corporal, las relaciones sociales y el momento del debut sexual entre 8,197 encuestados del cohorte poblacional ,1 que se encontraban en los grados séptimo y doceavo en 1994-1995 y fueron adultos jóvenes en 2001-2002 (cohorte 3). Los análisis de subgrupos exploraron las variaciones de género, raciales y étnicas en la asociación. Encontraron que los adolescentes con sobrepeso fueron menos propensos que sus pares de peso normal a informar la primera relación sexual entre las cohortes 1 y 3. Como conclusión mencionan que el aplazamiento de la actividad sexual puede beneficiar a los jóvenes, pero los beneficios y riesgos potenciales pueden depender de los procesos sociales en los que se hayan visto involucrados los adolescentes.

Zacarrés et al. (2009), realizaron un estudio en el cual examinaron el desarrollo y estructura de la identidad a lo largo de la adolescencia, y la influencia de las

principales figuras de apoyo social y de la autoestima en este proceso. La muestra estuvo constituida por 283 adolescentes entre 14 y 22 años, de los cuales se tomaron dos medidas del desarrollo de la identidad, (identidad global e identidad en los dominios relacional y escolar), del apoyo social percibido y de la autoestima global. Los resultados obtenidos indicaron una maduración en el desarrollo de la identidad, especialmente durante la adolescencia tardía y en el área escolar. Las diferencias entre sexos identificadas mostraron un avance evolutivo más rápido en las mujeres, en la formación de identidad y en el dominio relacional como en el escolar, así como la moderada pero consistente contribución de la autoestima y el apoyo social a la formación de la identidad. El apoyo relacional de los iguales, más que el de los padres, se mostró como un factor decisivo en las diversas situaciones de la vida diaria

Tenkorang y Maticka-Tyndale en el año de 2008, llevaron a cabo un estudio sobre los factores que influyen en el tiempo de la primera relación sexual, en los jóvenes en Nyanza, Kenia. Utilizaron los datos recolectados a partir de una encuesta aplicada en octubre de 2003 a 8,183 estudiantes de sexto y séptimo grado, con edades de 11 a 17 años, en 160 escuelas de la Provincia de Nyanza. Encontraron que el patrón de asociaciones respecto al género, sugiere que los hombres se ven presionados a tener una muy temprana actividad sexual para probar su madurez, aunque los hombres que tuvieron confianza en que podrían abstenerse, así lo hicieron. Las mujeres, sin embargo, no pudieron traducir en abstinencia esa confianza en la capacidad de abstenerse, y se vieron influenciadas por presiones sociales y del entorno para entablar relaciones sexuales.

Factores como el tiempo y la secuencia de los comportamientos sexuales, varían según las características sociodemográficas de los adolescentes, según Lindberg, Jones y Santelli, (2008) en Haydon et al. (2012), los adolescentes blancos son más propensos que otros grupos raciales y/o étnicos a informar que han participado en actividades de sexo oral-genital o anal.

Por su parte, Haydon et al. en el año 2012 realizaron un estudio sobre patrones de comportamiento sexual, emergente en la adolescencia y la edad adulta, cuyo objetivo fue realizar un análisis para describir los patrones de iniciación del sexo oral-genital, anal y vaginal, en una muestra representativa a nivel nacional, y el grado en que la prevalencia de los diferentes patrones varía según las características sociodemográficas. Se utilizó el análisis de clase latente para agrupar a 12.194 encuestados de los cohortes poblacionales 1 y 4 del Estudio Nacional Longitudinal de la Salud del Adolescente. Encontraron que la edad promedio de inicio de la actividad sexual aproximadamente comienza a los 16 años de edad, y el espaciamiento entre iniciación de la primera y la segunda conducta sexual es de 1 año; en comparación con los encuestados blancos, los encuestados de raza negra eran más propensos a aparecer en clases caracterizadas por el inicio de sexo vaginal primero. Factores como el tiempo y la secuencia de los comportamientos sexuales, varían según las características sociodemográficas de los adolescentes, según Lindberg, Jones y Santelli, (2008) en Haydon et al. (2012), los adolescentes blancos son más propensos que otros grupos raciales y/o étnicos a informar que han participado en actividades de sexo oral-genital o anal. La conducta sexual temprana también difiere según el nivel socioeconómico, mencionan Brewster y Tillman, (2008) en Haydon et al. (2012), con alguna evidencia de que los adolescentes de entornos socioeconómicos más altos tienen más probabilidades de participar en actividades de sexo oral-genital o anal.

La conducta sexual temprana también difiere según el nivel socioeconómico, mencionan Brewster y Tillman, (2008) en Haydon et al. (2012), con alguna evidencia de que los adolescentes de entornos socioeconómicos más altos tienen más probabilidades de participar en actividades de sexo oral-genital o anal.

Un estudio realizado en Chile, por González, Molina, Montero y Martínez (2013), muestra una gran variedad de factores asociados al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de nivel socioeconómico medio-bajo. La muestra del

estudio estuvo conformada por 5.854 adolescentes (92.6% mujeres y 7.4% hombres), entre 12 y 19 años de edad. En los resultados que obtuvieron se muestra que el 84.2% del total había iniciado actividad sexual, 90% son estudiantes y el 94% pertenece al nivel socioeconómico medio-bajo. Dentro de las principales variables asociadas al inicio sexual que encontraron, se muestran: el tener un trabajo, bajas aspiraciones académicas (completar solo educación media), y el repetir algún grado académico para hombres y mujeres. Conversar de sexualidad sólo con la pareja, no participación social, sin afiliación religiosa y no asistencia a servicios religiosos, en cuanto a tener una pareja que trabaja se asoció al inicio sexual sólo en mujeres; estudiar en un colegio técnico fue asociado al inicio sexual en hombres, y la historia de abuso sexual se asoció al inicio sexual en mujeres. El inicio sexual en ambos sexos fue asociado a la mayor edad, la mayor educación y el mayor número de relaciones románticas. El inicio sexual en mujeres fue asociado a tener una pareja mayor y menor promedio de notas. Se asoció al inicio sexual en ambos sexos: los permisos limitados para salidas del fin de semana, la baja supervisión parental y una historia de paternidad adolescente en el padre. Se asoció al inicio sexual sólo en mujeres: la ausencia del padre, el no vivir con ambos padres, la mala relación padre-hijo, la mala comunicación familiar e historia de maternidad adolescente en la madre. Se asoció al inicio sexual sólo en los hombres: la no supervisión parental en la semana y el tipo de empleo del padre. El mayor número de hijos se asoció al inicio sexual en ambos sexos. El menor nivel de escolaridad parental y el pobre funcionamiento familiar se asoció al inicio sexual sólo en las mujeres. El análisis multivariado del estudio mostró que, ser hombre, ser mayor, conversar los temas sexuales sólo con la pareja, mala comunicación familiar, no asistencia a servicios religiosos fueron asociados al inicio sexual, mientras que mejor promedio de notas fue asociado a postergar actividad sexual.

Epstein et al. (2014), en un estudio que realizaron, encontraron que la edad de iniciación sexual se encuentra estrechamente relacionada con el uso de algunas drogas, como lo son la nicotina y la marihuana. La relación entre la edad de

iniciación sexual y el consumo de sustancias se explican en gran medida por las consecuencias que éstas traen dentro de los comportamientos sexuales de los adolescentes y jóvenes, ya que si bien es cierto, las prácticas sexuales bajo el uso de sustancias tóxicas, podrían sumar más riesgos a su salud de los que se pudieran adquirir estando “limpios”.

Es necesario conocer los factores que influyen en la toma de decisión de la primera relación sexual en adolescentes, así como en el comportamiento anticonceptivo que manifiestan para poder vencer los obstáculos que impiden mejorar los índices de embarazos no planificados, la deserción escolar y las infecciones de transmisión sexual (Yago y Tomas, 2015). La cultura, la familia, la historia personal, la educación y atención sanitaria pueden favorecer o prevenir que los índices de situaciones negativas y poco favorables para ellos, sigan en aumento; tal como menciona un estudio llevado a cabo por Tenkorang y Maticka-Tyndale (2008), ya que en dicho estudio encontraron que tanto los hombres como las mujeres que rechazaron los mitos sobre la transmisión del VIH, experimentaron menos presión sexual y quienes no conocían a alguien que hubiera muerto de SIDA, así como los hombres que tenían una gran confianza en su capacidad de abstenerse, tuvieron mayor probabilidad de posponer la primera relación sexual que la gente joven que carecía de esas características.

Por otra parte, Pacheco, Rincon, Guevara, Latorre, Enríquez y Nieto 2007, llevaron a cabo un estudio el cual tuvo por objetivo describir y comprender los significados que tiene la sexualidad en los adolescentes, y cómo se construyen e influyen en sus prácticas sexuales y salud reproductiva. Dicho estudio tuvo como participantes a 20 participantes (10 hombres y 10 mujeres) con edades entre 10 y 14 años. Los resultados demostraron que existen diferencias en los significados que tienen los varones y las mujeres sobre la sexualidad, la forma en que los construyen y los agentes que contribuyen a su conformación, ya que para las mujeres “el cuidado” tiene varios significados. El primero se refiere a la advertencia sobre los hombres, como grupo identitario homogéneo, que siempre

están demandando sexualmente a las mujeres; “cuidarse”, a esta edad, significa identificar ese grupo y resistir a sus demandas. Como segundo significado, derivado del primero, “cuidarse” está relacionado con preservar la virginidad y no tener relaciones sexuales para evitar el embarazo. La transgresión de la advertencia, el no cuidarse, conllevará sanción social y ruptura del proyecto de vida ante la aparición de un embarazo temprano. La posibilidad del disfrute de una sexualidad sana, responsable, sin riesgos, compartida en pareja y segura, como lo enuncia el plan de acción del Cairo, no aparece como opción para las mujeres. Sin embargo, el término “cuidado” para los hombres se orientan a prevenir los riesgos de adquirir ITS. Se puede leer una aprobación de las relaciones, siempre y cuando se tenga el cuidado para no contagiarse de una ITS. Para los hombres, el placer se admite e impulsa, advirtiendo los peligros para la salud. Los relatos de dicho estudio contienen una visión en la que las mujeres son las responsables de las consecuencias no deseables del ejercicio sexual, y se percibe a los varones como vulnerables.

### **2.1.3 EPIDEMIOLOGÍA**

La adolescencia y la juventud son momentos de la vida en el que las conductas de riesgo son la mayor parte de las causas que originan lesiones, trastornos de salud, secuelas y en oportunidades, hasta la muerte en ambos sexos. Bajo el mismo panorama, es en esta etapa donde se van definiendo la mayor parte de las prácticas que determinan las opciones y estilos de vida en los que se sustentan la autoconstrucción de la salud (Rodríguez, Sanabria, Contreras y Perdomo 2013).

En el año de 1979, en un estudio realizado por Zelnick y Shah (1983), en Klaus et al. (1987), informaron que la edad promedio en la primera relación sexual era de 16.2 años para las mujeres de Estados Unidos. El 18.9% de las mujeres blancas experimentó su primera relación sexual antes de los 15 años de edad y 61.8% entre 15 y 17 años de edad; el 36.7% de las mujeres negras experimentaron el primer coito antes de los 15 años y el 55.8% entre los 15 y los 17 años. Más de un millón de embarazos de adolescentes ocurrieron anualmente, y, a pesar de los esfuerzos anticonceptivos altamente visibles, al menos el 40% de estos embarazos son abortados, lo que sugiere un uso incorrecto de algún método anticonceptivo disponible. Según los estudios de Gaydos, Hsieh, Galbraith, Barnes, Waterfield y Stanton en 2008; casi la mitad de los estudiantes de secundaria (46.8%) reportaron haber tenido relaciones sexuales, con tasas más altas en hombres negros (74.6%) y más bajas en mujeres blancas (43.7%).

En el año 2011 se realizó una encuesta nacional, en donde el 47% de los estudiantes en los grados noveno y doceavo reportaron haber tenido relaciones sexuales vaginales, al término de los 20 años de edad, aproximadamente el 90% de los adolescentes se han dedicado a tener relaciones sexuales de tipo vaginal (Chandra, Mosher y Copen, 2011 en Haydon, Herring, Prinstein, y Tucker, 2012). Del mismo modo, en una encuesta de comportamiento de riesgo juvenil, en Estados Unidos, realizada por Kann, Kinchen, Shanklin et al. (2013), en Gibson (2016), arrojó como resultados que el 64.1% de los estudiantes de doceavo grado habían tenido relaciones sexuales al menos una vez, y el 49.3% mencionaron

haber tenido relaciones sexuales con al menos una persona en los últimos tres meses; solo el 53% de esos estudiantes habían usado un condón durante su último encuentro sexual, y el 32.2% habían usado una píldora anticonceptiva, dispositivo intrauterino, implante, inyección, parche o anillo durante su último encuentro sexual.

Por otra parte, la sexta encuesta del Instituto Nacional de la Juventud, en Chile, realizada en 2009 indica que alrededor de un 30% de los jóvenes de entre 15 y 29 años han tenido un embarazo no planificado. La mayor parte de estos embarazos (60.4%) ocurre en jóvenes menores de 20 años y el 6.7% de quienes han tenido embarazos no planificados reporta haberse realizado un aborto, menciona Dussaillant 2010, esto debido a las consecuencias de la actividad sexual temprana en adolescentes, ya que se estima que los hombres inician la actividad sexual a los 16.4 años y las mujeres a los 17.1 y no toman las precauciones adecuadas y necesarias para evitar comportamientos de riesgo que los pueden conducir a embarazos no planificados, así como a las infecciones de transmisión sexual, comportamientos que si bien es cierto, son adquiridos a lo largo de su adolescencia y la edad adulta temprana; es importante mencionar que casi la mitad (el 46.8%) de los jóvenes de 15 a 29 años reporta no haber utilizado preservativo en su primera relación sexual.

Cabe mencionar y resulta importante la situación en la que se encuentran los adolescentes en Zimbabwe, ya que el departamento de Salud de la Ciudad (2001), indica que algunos jóvenes son sexualmente activos al menos a los 13 años de edad y las mujeres jóvenes suelen tener relaciones sexuales con hombres mayores, quienes, por diversas razones, pueden insistir en tener relaciones sexuales sin protección (Chinake et al. 2002 en Marindo, Pearson y Casterline, 2003), al mismo tiempo, algunos hombres jóvenes tienen su primer encuentro sexual con trabajadoras sexuales, y el uso del condón en tales encuentros a menudo no es confiable.



En España, por ejemplo, los adolescentes tienen sus primeras relaciones sexuales con penetración en torno a los 17.5 años de edad, y las chicas a los 18.2 años, las diferencias entre ambos, son menores en el grupo de los más jóvenes (Faílde, Lameiras y Bimbela, 2008).

La actividad sexual no coital también es común entre los jóvenes, mencionan Lindberg, Jones y Santelli (2008), en Herring, Prinstein y Tucker (2012); más de la mitad de los jóvenes de 15 a 19 años han recibido o practicado sexo oral-genital y aproximadamente el 11% se han dedicado al sexo anal; mencionan también que, los niveles de actividad sexual no cíclica son aún más altos entre los jóvenes de 15 a 19 años que han tenido sexo vaginal, alrededor del 87% de los adolescentes reportan relaciones sexuales orales y genitales, y el 21% reportan la práctica de sexo anal.

Cabe mencionar, que respecto a esto, la actividad sexual antes de las relaciones de monogamia o antes del matrimonio ha resultado ser el camino de desarrollo más popular entre adolescentes y jóvenes adultos en la actualidad, lo que en gran medida ha dado como resultado un mayor número de embarazos no planificados en población adolescente, así como un incremento de casos de infección por VIH.

Para Iakmiu y Ferrari (2009), las transformaciones de esa fase de la vida hacen que el adolescente viva intensamente su sexualidad, manifestándola muchas veces a través de prácticas sexuales de riesgo, en muchas ocasiones sin protección, pudiendo convertirse en un problema debido a la falta de información de la que carecen los adolescentes, así como también de la poca o nula comunicación entre los familiares, tabú o incluso por el hecho de tener miedo de asumirla. Es importante mencionar que la evolución de sus sentimientos, comportamientos y decisiones sexuales se verá influenciada por las interacciones que se desarrollan con otros jóvenes, con su familia y las relaciones sociales que éste tenga a lo largo de su vida.

En México la población adolescente de entre 10 y 19 años de edad, según Rivera y Arango (1999), representa el 23.2% del total de la población, es decir, casi 21 millones de personas, y la edad promedio para el inicio de relaciones sexuales en adolescentes es de 16 años. Según los datos de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar 2006-2008, indica que aproximadamente el 48% de los hombres y el 45% de las mujeres de 15 a 19 años de edad han participado en relaciones sexuales orales y genitales con una pareja del sexo opuesto y aproximadamente el 11% de las mujeres y 10% de hombres de entre 15 y 19 años de edad, han participado en sexo anal con una pareja del sexo opuesto. Por el contrario, sólo el 6% de los adolescentes de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar de 2002, informaron haber tenido relaciones sexuales anales dentro de los 6 meses posteriores al inicio del sexo vaginal (Haydon et al., 2012).

Bajo el mismo panorama, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2014 en Martell, Ibarra, Contreras y Camacho 2018), la proporción de la población de 12 a 19 años en el país que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012. Como consecuencia de estas tendencias, también el porcentaje de nacimientos entre madres adolescentes aumentó de 15.6 a 18.7% entre los años 2003 y 2012. Para el año 2014, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) en Martell, Ibarra, Contreras y Camacho 2018), 62.3% de las mujeres jóvenes de 15 a 29 años han iniciado su vida sexual; de ellas una de cada dos (49.9%), no utilizó un método anticonceptivo durante su primera relación sexual; diferenciando por grupos de edad, para las adolescentes de 15 a 19 años, una de cada tres (29.2%) ya inició su vida sexual y de ellas, 44.9% declaró no haber usado algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual. Por otra parte, 72.4% de las jóvenes de 20 a 24 años y 90.1% de las de 25 a 29 años son iniciadas sexualmente y el porcentaje de quienes no usaron algún método en su primera relación aumenta con relación a las adolescentes a 45.8% y 54.4%, respectivamente.

Es importante rescatar que el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad sin la debida protección y con múltiples parejas, expone a los adolescentes a contraer infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados que afectan su proyecto de vida y en el caso de las mujeres, mencionan Tenkorang y Maticka-Tyndale (2008), se agrega la probabilidad de un embarazo de alto riesgo que ponga en peligro la vida de la madre y de su producto.

Para Hofferth y Hayes, 1987 en Tucker et al. 2000, la actividad sexual que comienza a principios de la adolescencia, se asocia con una mayor probabilidad de relaciones sexuales sin protección, lo que resulta en una mayor probabilidad de embarazo no planificado e infecciones de transmisión sexual como lo es el VIH/SIDA; de hecho, en países como el Reino Unido, la mitad de los embarazos en adolescentes ocurren los 6 primeros meses tras el inicio de las relaciones sexuales (Bradley-Stevenson, 2007; Rose et al, 2005 en Garcia-Vega, Menendez, Fernandez, y Cuesta, 2012), debido a que las primeras relaciones sexuales se llevan a cabo sin condón.

Un problema a nivel mundial de los adolescentes es el embarazo. Las estadísticas reportan que aproximadamente 15 millones de adolescentes dan a luz cada año. De los 13 millones de partos registrados anualmente en América Latina y el Caribe, dos millones corresponden a adolescentes, es decir, el 15% del total. El Centro Latinoamericano de Demografía estima que el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes es más bien cercano al 20%, mientras que otros organismos, como la UNICEF y el UNIFEM, lo establecen entre un 15 y un 26%. Si pasamos a cifras la problemática, y la comparamos con otros países en la región de América Latina y el Caribe encontramos que existen diferencias notables. El país que presenta el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas es Nicaragua, con 148 por cada mil, mientras que el menor es el de Barbados, con 60 por cada mil. En Colombia las estadísticas informan que la fecundidad de las adolescentes aumentó en la década de 1986 a 1995, cuando pasó de 70 a 89 por 1000; en 2005 la tasa fue de 90 por 1000 En la actualidad el embarazo en

adolescentes refleja un déficit en los programas de prevención y manejo de este problema (Alvarado, Martínez, Baquero, Valencia y Ruíz, 2007).

Según Martell, Ibarra, Contreras y Camacho (2018), basados en la Organización Mundial de la Salud (2016), 16 millones de mujeres de entre 15 y 19 años de edad se embarazan, lo que representa aproximadamente 11% de los partos en todo el mundo, además de que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres de esta edad, sumando a esto el hecho de que se practican cerca de 2.5 millones de abortos peligrosos. Las tasas de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y asfixia son más altas entre los hijos de adolescentes, lo que aumenta el riesgo de defunción o de futuros problemas de salud en el neonato. La misma OMS menciona que 40% de los nuevos casos de VIH se presentan en adolescentes.

Bajo este panorama, menciona Rogow y Haberland 2005, puede resultar valioso reenfocar estos programas y dar menos énfasis a los aspectos puramente biológicos de la sexualidad para hacer mayor hincapié, sobre todo al principio, en el contexto social en el que se forman las actitudes sexuales, se toman las decisiones sexuales y se interpretan los papeles sexuales.

## 2.2 DEFINICIÓN DE TERMINOS

**Abstinencia:** El término "abstinencia" significa distintas cosas para distintas personas. La mayoría de los grupos religiosos por lo general ven la abstinencia como un compromiso de abstención de relaciones sexuales hasta el matrimonio. Otras personas ven la abstinencia como la postergación de las relaciones sexuales hasta algún momento en el futuro, por ejemplo, cuando inicien una relación de compromiso previa al matrimonio, (Daileader, 2003).

- Acción de abstenerse de algo, especialmente de tomar alimentos o drogas, (RAE, 2018).
- Privación de determinados alimentos o bebidas, en cumplimiento de precepto religioso o de voto especial, (RAE 2018).

**Abstinencia secundaria:** El término también puede referirse a quienes han estado sexualmente activos pero que luego han decidido abstenerse, lo cual se conoce como *abstinencia secundaria* o "virginidad secundaria" (Daileader, 2003).

**Adolescencia:** La adolescencia se define habitualmente como "transición evolutiva" dado que supone, en el marco más amplio del ciclo vital, un período de cambio, crecimiento y transformación desde la inmadurez infantil a la madurez física, psicosocial y sexual de la edad adulta (Kimmel y Weiner 1998; Serra, 1997 en Zacarrés, Iborra, Tomás y Serra 2009).

**Conducta sexual:** Se define como el conjunto de actitudes tendentes a estimular el erotismo personal y de la pareja (Espada, Quiles, y Méndez, 2003 en Garcia-Vega et al., 2012).

**Conducta sexual de riesgo:** Se considera la conducta sexual de riesgo como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación

de embarazo no deseado (Espada, Quiles, y Méndez, 2003 en Garcia-Vega, et al., 2012). Según esta definición podemos establecer como prácticas sexuales de riesgo el sexo oral, el coito vaginal y anal, la promiscuidad y el consumo de drogas, incluido el alcohol.

**Sexualidad:** Aspecto central del ser humano a lo largo de toda la vida, que abarca el sexo, las identidades y roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual (OMS, 2006 en Molina y Rojas, 2017).

### 2.3 ESTADO DEL ARTE.

Se realizó una búsqueda sistemática en la base de datos PubMed, con las palabras clave *intervention*, *sexual activity* y *adolescents*; se obtuvieron 28 artículos, de los cuales se descartaron 26 por ser artículos enfocados en la reducción de riesgo de infección del VIH/SIDA, uso de anticonceptivos y sustancias tóxicas, además de que no incluían los cuestionarios para recabar la información correspondiente. Sólo dos artículos se enfocan en intervenciones para la promoción de salud sexual y reproductiva, mismos que se centran en la abstinencia sexual adolescente y procastinación; adicionalmente se incluyeron dos artículos incluidos en la lista de referencias que se menciona en uno de los artículos encontrados, uno refiere a la intervención con madres de familia para prevenir conductas sexuales de riesgo en sus hijos adolescentes y otro en la implementación de intervenciones preventivas basadas en el género.

A continuación se describen las intervenciones mencionadas.

En el año de 2008 en Monterrey, México, se llevó a cabo un estudio para determinar la eficacia de una intervención conductual-educativa diseñada para disminuir las conductas sexuales de riesgo de VIH/SIDA y embarazos no planeados, en adolescentes mexicanos, que corrió por parte de Gallegos et al. (2008). Dicha intervención tuvo como participantes 829 adolescentes (459 mujeres y 370 hombres). En dicho estudio se realizaron dos tipos de intervenciones una para reducción del riesgo de VIH/SIDA y otra sobre promoción de salud, ambos programas consideraron la importancia de la familia así como los beneficios de la abstinencia y el uso correcto del condón como medios para evitar embarazos no planificados e ITS. Las variables se midieron por medio de reactivos que preguntaban la probabilidad de llevar a cabo la conducta (intención); tener sexo y usar anticonceptivos, mismos que se cuestionaron con un reactivo y usar condón con tres reactivos. Las creencias en cuanto al uso del condón se midieron con tres reactivos; a) los condones previenen embarazos, ITS y VIH/SIDA; b) el condón

interfiere con el placer sexual; y c) reacción de la pareja en cuanto al uso del condón. Dentro de los resultados que obtuvieron encontraron que no hubo diferencia en las intenciones de tener relaciones sexuales, pero sí un mayor nivel de intenciones de usar condón y métodos anticonceptivos dentro de las prácticas sexuales. La efectividad de dicha intervención consistió en el incremento de las intenciones de tener sexo, así como de usar condón y anticonceptivos.

En el mismo año, pero en España 2008, una intervención llevada a cabo por Faílde, Lameiras y Bimbela, muestra la necesidad de diseñar e implementar intervenciones preventivas en educación sexual basadas en el género. Aplicaron un cuestionario a una muestra aleatoria integrada por 2.171 hombres y mujeres de 14-24 años de edad, (720 de Andalucía, 731 de Galicia y 720 de Madrid), de los cuales, 1.439 sujetos (66.3%), refirieron haber tenido actividad sexual en los últimos 6 meses, sin apreciarse diferencias estadísticamente significativas entre chicos (66.4%) y chicas (66.2%). Los resultados que obtuvieron indican que hombres y mujeres mantienen comportamientos sexuales diferenciados. En este sentido, fue importante diferenciar que las mujeres suelen tener menor número de parejas sexuales y utilizan el preservativo en mayor medida que los hombres en las prácticas coito-vaginales; sin embargo, hacen menor uso de éste en las prácticas buco-genitales y coito-anales. En función a los resultados obtenidos en dicho estudio, es importante rescatar que los hombres se inician antes en las relaciones sexuales, tienen más parejas ocasionales y adoptan mayores riesgos, en cambio, las mujeres suelen tener relaciones sexuales en el marco de una relación estable y asociada a una relación de amor y confianza. Así mismo, se rescata la necesidad de tener en cuenta la variable “género” a la hora de diseñar e implementar intervenciones preventivas en temas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes adultos.

Por otra parte, en el año de 2011 en Nueva York, Guilamo-Ramos, Bouris, González, McCoy y Aranda, desarrollaron una intervención que evalúa la eficacia de Families Talking Together, basada en los padres, para prevenir conductas de



riesgo sexual entre adultos jóvenes latinos y afroamericanos. Dicha intervención utilizó un novedoso enfoque de acercamiento relativo a las intervenciones existentes, ya que se entregó a las madres de familia, mismas que mencionaban ser las principales cuidadoras de sus hijos, cuando los adolescentes visitaban a su médico para un examen físico, debido principalmente a que las escuelas solicitan un examen médico para el próximo año académico, o para un tema de salud no aguda. Las madres y adolescentes participantes fueron reclutadas directamente de la sala de espera de la clínica por un miembro del personal del proyecto, que era bilingüe en inglés y español; el reclutador se acercó a las madres y adolescentes en la sala de espera para determinar la elegibilidad, describir el propósito del estudio e invitar a las díadas elegibles a participar. Se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado con 264 díadas entre los adolescentes y sus madres, en la ciudad de Nueva York, en el distrito del Bronx. Los adolescentes fueron elegidos para el estudio solo si eran afroamericanos o latinos y entre 11 y 14 años de edad. A las madres se les hicieron preguntas que cubrían cuestiones relacionadas con la comunicación sobre el sexo, el comportamiento y el estilo de los padres, el seguimiento y la supervisión, la aculturación y la información demográfica básica. Al completar la encuesta, las madres fueron asignadas al azar a una condición de estudio. En total, 133 díadas entre madres y adolescentes se asignaron a la condición de intervención y 131 díadas entre madres y adolescentes se asignaron a una condición de control de atención estándar. Las madres del grupo control regresaron a la sala de espera de la clínica para reunirse con el proveedor de atención médica de su adolescente, mientras que las madres del grupo intervención se reunieron con un especialista en trabajo social durante 30 minutos. Al final de la sesión, se le dio a la madre un paquete con materiales de referencia y actividades familiares para llevar a casa y usar con su hijo adolescente. Todas las madres asignadas a la condición de intervención recibieron dos llamadas de refuerzo. La primera llamada de refuerzo se produjo un mes después de la intervención y la segunda a los 5 meses después de la intervención. El objetivo principal de las llamadas de refuerzo era determinar si la madre había revisado los materiales de intervención e implementado los

materiales y actividades con su hijo adolescente. Durante las llamadas de refuerzo, el especialista en trabajo social respondió cualquier pregunta que la madre tenía sobre el material y alentó a la madre a trabajar con los materiales. Las llamadas de refuerzo no se hicieron para las madres asignadas a la condición de control para imitar el protocolo de "atención estándar". La intervención consistió en cuatro componentes. El primer componente fue la sesión cara a cara entre el especialista en trabajo social y la madre, que duró unos 30 minutos. El segundo componente fue un "manual" escrito, que enseñó a los padres estrategias efectivas de comunicación y crianza, para reducir el comportamiento de riesgo sexual de los adolescentes. El manual constaba de nueve módulos que abordaban temas como: el desarrollo y la autoestima de los adolescentes, la autoeficacia de los padres para comunicarse, estrategias generales de crianza asociadas con la reducción de riesgos sexuales, formas de mejorar la relación y comunicación entre padres y adolescentes, habilidades de asertividad adolescente y técnicas para lidiar con la presión de los compañeros, el comportamiento sexual de los adolescentes, las consecuencias para la salud asociadas con la toma de riesgos sexuales por parte de los adolescentes y el control y la protección de la natalidad. El tercer componente de la intervención fueron las sesiones de refuerzo. Durante las llamadas de refuerzo, se preguntó a las madres si habían completado las tareas asignadas durante la fase de intervención y si había alguna parte de los materiales de intervención que necesitaban aclaración o ayuda y el cuarto componente de la intervención fue el respaldo médico de la intervención a la madre y al adolescente. En los resultados obtenidos de dicha intervención se muestra que el porcentaje de adolescentes que informaron haber tenido relaciones sexuales vaginales tanto en la intervención como en las condiciones de control al inicio del estudio fue del 6%. Nueve meses después, el porcentaje de adolescentes que informaron haber tenido relaciones sexuales vaginales se mantuvo en 6% en la condición de intervención, pero aumentó a 22% en la condición de control. La investigación encontró que la transición al inicio de las relaciones sexuales se redujo significativamente como resultado de la intervención, al mismo tiempo que muestran la necesidad de intervenir, no sólo

con los adolescentes, sino también con los padres, con ayuda de los médicos y trabajadores sociales, para ayudar a disminuir las conductas sexuales de riesgo en la población adolescente.

En 2013, Rodríguez et al., diseñaron una estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva, para adolescentes y jóvenes universitarios. Su objetivo principal fue mostrar el diseño y resultados de la implantación de una estrategia educativa extracurricular, de tipo participativa, misma que estuvo dirigida a mejorar la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en instituciones universitarias cubanas. Se realizó un estudio de desarrollo, con la aplicación de técnicas cuantitativas y cualitativas, en donde se identificaron las necesidades de aprendizaje sobre el tema, mediante el modelo de Leiva González. Se aplicó un cuestionario estructurado en 592 estudiantes de dos instituciones universitarias en La Habana, y se realizaron además, grupos focales y entrevistas en profundidad a expertos. Dentro de los resultados que obtuvieron, encontraron deficiencias en la educación sexual, baja percepción del riesgo de un embarazo o de contraer alguna infección de transmisión sexual, prácticas de cambio frecuente de parejas, tanto en sexo masculino como el femenino, además del comienzo temprano de las relaciones sexuales y bajo uso del condón para prevenir embarazos e ITS, aunado a esto, la poca comunicación entre padres e hijos respecto a temas de salud sexual y reproductiva. La importancia de la implantación de dicho programa hace que los mismos adolescentes puedan realizar correctamente actividades de promoción, prevención y educación para la salud en la población donde trabajen.

Bleakley, Hennessy y Fishbein (2006), en su artículo titulado *“Public Opinion on Sex Education in US Schools”* realizaron una investigación que hace referencia a los programas de abstinencia en Estados Unidos, para conocer la opinión pública de dichos programas, se realizaron encuestas vía telefónica de forma aleatorizada, dando como resultado una muestra total de 1096 encuestados entre 18 y 83 años de edad; se recopilaron datos sobre las preferencias de la política de

educación sexual, las creencias sobre los programas de educación sexual, la ideología política y la frecuencia de asistencia a los servicios religiosos. Las principales variables de interés fueron las creencias y preferencias políticas sobre la educación sexual. Los programas a los que hace alusión dicha investigación se dividen en tres categorías; el primer programa es financiado por tres fuentes de fondos federales, mismo que refiere a la “*abstinencia exclusiva*”, este programa se centra en la promoción de la abstinencia sexual hasta el matrimonio. Es importante mencionar que este tipo de programa impide mencionar a los adolescentes y jóvenes adultos sobre la anticoncepción y otras formas de control o protección de la natalidad, como el uso de condones, a menos que sea para mencionar sus limitaciones (por ejemplo, tasas de fracaso). Para la educación de abstinencia exclusiva, el gobierno federal identificó ocho requisitos o componentes centrales del programa: 1) enseña los beneficios sociales, psicológicos y de salud que deben realizarse al abstenerse de la actividad sexual; 2) enseña la abstinencia de la actividad sexual fuera del matrimonio como el estándar esperado para todos los niños en edad escolar; 3) enseña que la abstinencia de la actividad sexual es la única manera segura de evitar el embarazo fuera del matrimonio, las enfermedades de transmisión sexual y otros problemas de salud asociados; 4) enseña que una relación monógama mutuamente fiel en el contexto del matrimonio es el estándar esperado de la actividad sexual humana; 5) enseña que la actividad sexual fuera del contexto del matrimonio, es probable que tenga efectos psicológicos y físicos perjudiciales; 6) enseña que es probable que tener hijos fuera del matrimonio tenga consecuencias perjudiciales para el niño, sus padres y la sociedad; 7) enseña a los jóvenes cómo rechazar los avances sexuales y cómo el consumo de alcohol y drogas aumenta la vulnerabilidad a los avances sexuales; 8) enseña la importancia de alcanzar la autosuficiencia antes de participar en la actividad sexual. El segundo, es un programa de “*abstinencia más*” (también conocido como educación sexual integral) este tipo de programas enfatizan la abstinencia y el retraso del debut sexual, pero al mismo tiempo ofrecen información sobre la anticoncepción y la protección contra las ITS. Estos programas pueden, o no, incluir instrucciones sobre cómo usar correctamente un

condón. Las revisiones sistemáticas de los estudios empíricos sobre la eficacia de la educación sexual, proporcionan pruebas que apoyan un enfoque más equilibrado (es decir, educación sexual integral). Estas revisiones sugieren que los programas integrales pueden demorar el inicio de las relaciones sexuales, reducir la frecuencia de las relaciones sexuales, reducir la frecuencia de las relaciones sexuales sin protección y reducir el número de parejas sexuales. El tercer programa es el de “educación sexual integral” que incluye información e instrucciones sobre el uso correcto de los condones. Los resultados de dicho estudio demostraron que los adultos estadounidenses, independientemente de la ideología política, favorecen un enfoque más equilibrado de la educación sexual en comparación con los programas de abstinencia exclusiva financiados por el gobierno federal. Aproximadamente el 82% de los encuestados indicó apoyo para los programas que enseñan a los estudiantes sobre la abstinencia y otros métodos para prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. Del mismo modo, el 68.5% apoyó la enseñanza de cómo usar correctamente los condones. En contraste, los programas de educación solo de abstinencia recibieron los niveles más bajos de apoyo (36%) y el nivel más alto de oposición (alrededor del 50%) en las tres opciones de programas. Todos los encuestados conservadores, liberales y moderados se identificaron a sí mismos y apoyaron los programas de abstinencia más, aunque el grado de apoyo varió significativamente.

En este sentido, mencionan Marindo, Pearson y Casterline 2003, que el conflicto moral de las instituciones les da a los jóvenes opciones limitadas sobre su comportamiento sexual y reproductivo y que se deben promover políticas claras y abiertas sobre el uso de condones y la abstinencia como alternativas complementarias para los adolescentes y los adultos jóvenes.

Por otra parte, una intervención realizada por Gaydos et al. 2008, tuvo como finalidad evaluar los conocimientos, actitudes y conductas de riesgo sobre las ETS / VIH, antes y después de la implementación del programa mediante los resultados de una encuesta en serie, y la primera encuesta de referencia sirvió

como control de referencia. Dicho programa tomó como base principal el instrumento Focus-on-Kids (FOK), el cual es una intervención conductual de prevención del VIH, basada en un modelo cognitivo social y que ha demostrado una reducción de la conducta de riesgo de los jóvenes urbanos; fue modificado a Focus-on-Teens (FOT) para escuelas secundarias y fue puesto en marcha. Se consideró que no era ético no ofrecer el programa a todos los estudiantes; por lo tanto, el uso de un grupo de control sin intervención, no se consideró necesario. La muestra estuvo constituida por 1.190 adolescentes con edades entre 14 y 16 años en seis escuelas secundarias en Baltimore, Maryland. Las sesiones del FOT se presentaron durante el almuerzo, dos veces por semana, en pequeños grupos de 6 a 8 estudiantes durante 12 semanas, en sesiones de 24 a 30 minutos, por intervencionistas adultos capacitados de la misma comunidad étnica, que recibieron capacitación educativa estandarizada de ocho horas. Durante las sesiones de intervención, se alentó a los estudiantes, si eran sexualmente activos, a las pruebas de orina, para detectar ETS; los resultados se ingresaron en una base de datos de laboratorio separada, con el fin de informar los resultados de las pruebas clínicas a los clínicos, para que se pueda brindar tratamiento a los estudiantes infectados con alguna ETS. Las enfermeras pasaron los nombres de los estudiantes infectados a los especialistas en intervención de enfermedades en el Departamento de Salud de la Ciudad de Baltimore; para contactarlos para recibir tratamiento, si los estudiantes infectados habían abandonado la escuela. Se pidió a los estudiantes infectados que nombraran a sus parejas sexuales si estaban en la escuela para que las enfermeras practicantes pudieran tratarlos. Si sus parejas sexuales no estaban en la escuela, se les pedía que los remitieran a las clínicas de ETS para recibir tratamiento. Como parte de un subestudio, se realizó una encuesta adicional para evaluar el conocimiento de las ETS y una sesión de refuerzo de FOT después de la administración de la encuesta 3 (seis meses de seguimiento). Las intervenciones de refuerzo fueron reportadas previamente por este grupo de intervencionistas, como importantes, para sostener el impacto de la intervención. Después de la encuesta 3, se administró un cuestionario de ETS, que consta de

23 preguntas verdaderas y falsas, para evaluar el conocimiento de las ETS de 638 estudiantes. Las puntuaciones se determinaron en una escala de 0 a 100%. Después de la administración de la encuesta, los intervencionistas brindaron a los adolescentes una sesión de refuerzo de FOT de una hora para reforzar los mensajes de reducción de riesgo que se impartieron durante la intervención original, con especial énfasis en las ETS. El refuerzo consistió en un diálogo de guión estandarizado. En la sesión posterior a la intervención de 12 meses, cuando se administró la encuesta 4, se administró nuevamente la encuesta de "refuerzo de las ETS" para 629 (98.6%) de los 638 estudiantes que se inscribieron en la sesión de refuerzo. Después de la implementación del programa FOT, muchos participantes informaron cambios de comportamiento en el seguimiento hacia conductas sexuales "más seguras" a lo largo del tiempo (por ejemplo, condones con intención de usar, usar condones, comunicarse con la pareja y los padres sobre el sexo, condones y enfermedades de transmisión sexual). El uso del condón aumentó según lo medido por la pregunta de la encuesta, ¿uso condones como medida de control de la natalidad cuando tuvo relaciones sexuales por última vez? ( $P = 0.0145$ ). Sin embargo, tener más de un compañero de por vida informado aumentó estadísticamente ( $P < 0,0001$ ). Después de ajustar por edad y género, varios de estos comportamientos cambiaron significativamente. La edad y el género también se asociaron significativamente con el cambio de algunos comportamientos. El género tuvo un impacto diferencial en el cambio de comportamientos. Los hombres tenían más probabilidades de tener relaciones sexuales más de cinco veces con la misma pareja o una pareja diferente en los últimos seis meses, con la intención de usar siempre condones cuando tenían relaciones sexuales en los próximos seis meses, de haber usado un condón como método anticonceptivo en el último sexo. Las participantes femeninas tenían más probabilidades de haber sido diagnosticadas con una ETS en los últimos seis meses, eran más propensas a decir que habían hablado con sus novios acerca de no tener relaciones sexuales en los últimos seis meses, y más probablemente habían preguntado a su pareja sexual más reciente. En conclusión, el programa FOT demostró que existió una

reducción en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes que fueron entrevistados e intervenidos en dicho programa, aumentó y sostuvo el conocimiento de ETS / VIH y uso de condones, cambió las conductas sexuales hacia una dirección y monitoreo 'seguro' de sexo indicado Reducción de la prevalencia de ETS. Se observaron cambios significativos en la intención de usar siempre condones, así como un aumento en las sesiones de comunicación con padres / adultos sobre las ETS / VIH y el uso de condones.



## **Capítulo 3. Diseño de investigación**

### **3.1 Método**

Diseño cuasi-experimental de dos grupos (grupo control en lista de espera con preprueba y postprueba y grupo intervención con preprueba, intervención y postprueba).

#### **3.1.1 Participantes**

63 alumnos; 35 alumnos de primer grado y 28 de segundo grado, (38% mujeres y 62% hombres), con edad promedio de 12.7 ( $DE = .78$ ) de una escuela Secundaria Pública Oficial ubicada en la Colonia Ampliación Vicente Villada, Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, de los cuales el 100% concluyó el estudio de la intervención.

#### **3.1.2 Instrumento**

Escala de Autoeficacia de 27 elementos para Prevenir el SIDA (SEA-27) de Kasen, Vaughan y Walter (1992), desarrollada en población estadounidense y adaptada a población mexicana por López y Moral (2001), constituida con preguntas cerradas tipo Likert, con valores de 1 a 5, desde 1 (Nada seguro) hasta (Total seguro), y un cuestionario integrado por dos preguntas abiertas sobre aspectos relevantes de la conducta sexual, lo cual indica que a mayor puntuación existente, mayor autoeficacia para la prevención del SIDA (Anexo 1). Se encuentra constituido por cuatro factores, los cuales se describen a continuación: el factor A; capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, se mide con los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11; el factor B: uso de preservativo se mide con los ítems 12, 13, 14 y 15; el factor C: matrimonio, la fidelidad y el hablar de las relaciones sexuales con los padres se mide con los ítems 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 y 27, y el factor D: capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas con los ítems 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39 y 40.

Por otra parte, en el instrumento se midió el haber tenido o no relaciones sexuales, la edad en la que tuvieron su primer experiencia sexual, y si se utilizó condón en la primera relación sexual y en las consiguientes, de igual forma se midió si dicha relación sexual fue planeada o no y el número de parejas sexuales que se han tenido hasta el momento, al mismo tiempo, se midió la efectividad que tiene el condón partiendo desde el 100% hasta el 95% o menos. Por último, se mide el grado de riesgo que los alumnos consideren, para contraer SIDA, con relación a una tabla con diferentes situaciones, en dónde ellos marcan la de primer lugar en riesgo, la de segundo lugar y la de tercer lugar para contraer SIDA.

La validez de la escala se estudia por la correlación de Pearson con las variables numéricas, con la *t* de Student para muestras independientes dicotómicas y ANOVA con las politómicas. La media resulta de 95.14 y una desviación estándar de 25.80. Su confiabilidad, por el alpha de Cronbach, resulta de .89.

### **3.1.3 Intervención**

Se realizó en las instalaciones de la Escuela Secundaria una hora a la semana durante siete semanas, con ayuda de técnicas enfocadas en educación para la postergación de las relaciones sexuales, en donde se explican los riesgos y consecuencias que conlleva el iniciar una vida sexual activa a temprana edad, así como los beneficios que trae consigo la postergación de la primera relación sexual (Anexo 2).

### **3.1.4 Procedimiento:**

Se utilizó un formato de consentimiento y asentimiento informado para los padres de familia, en el caso de los alumnos del grupo intervención (Anexo 3) y un formulario de asentimiento informado para los participantes del grupo control (Anexo 4).

Una vez obtenida la autorización de los participantes, los padres o tutores legales y los directivos de la institución se procedió con la preprueba para el grupo control

y el grupo intervención, misma que fue aplicada dentro del salón de clases de la escuela secundaria.

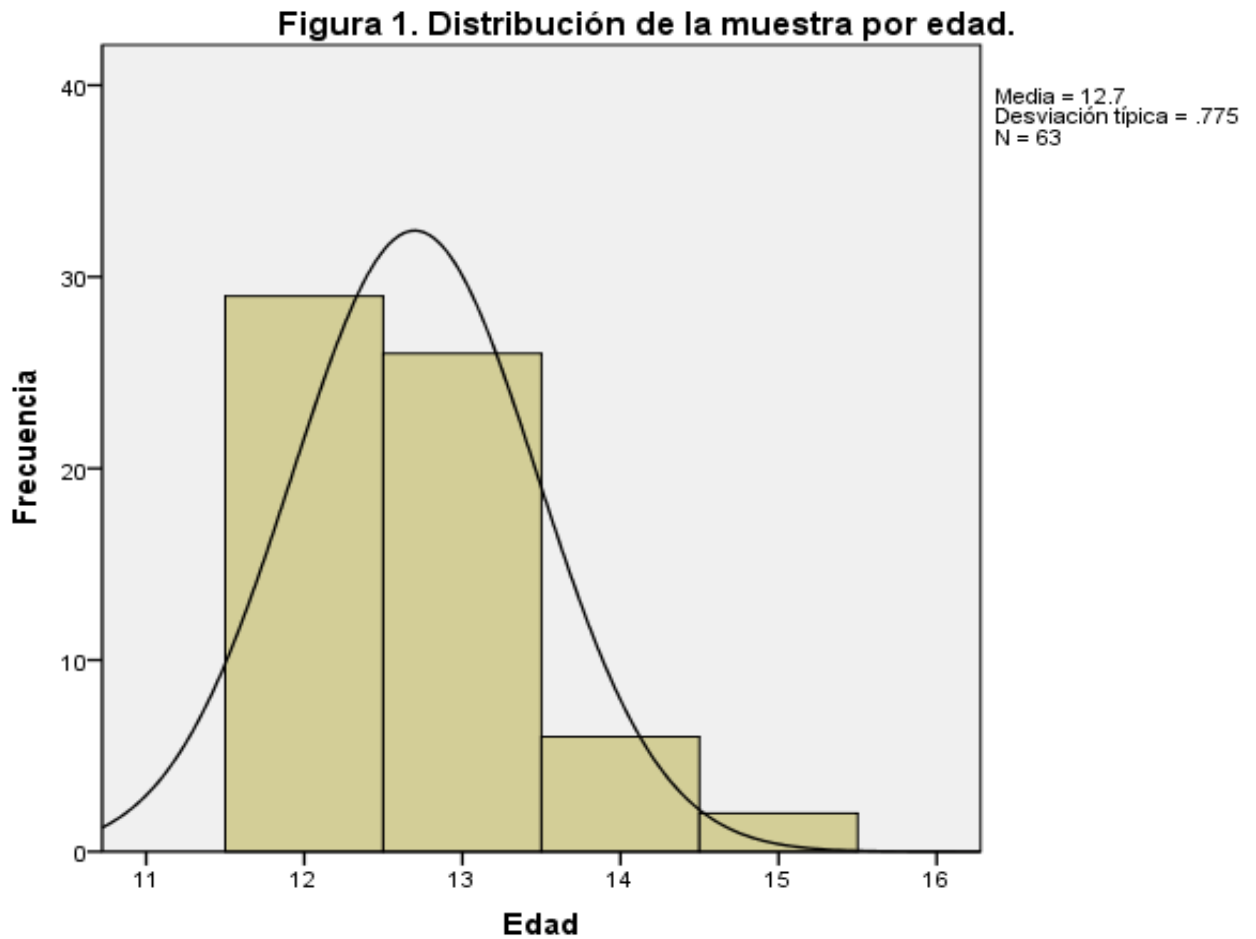
Posteriormente se llevaron a cabo las sesiones de la intervención con el grupo intervención, mismas que se describen en el Anexo 2. “Manual para fomentar la postergación de la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria”.

Finalmente, al término de las sesiones, se procedió a aplicar la postprueba, dentro del salón de clases de la escuela secundaria, con el grupo control y el grupo intervención para evaluar los conocimientos antes y después de la intervención.

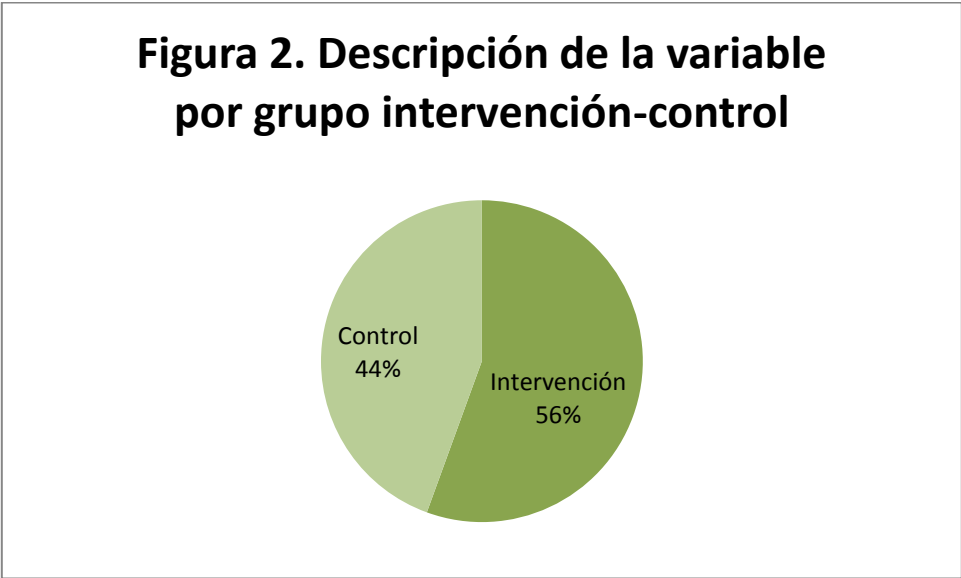
## Capítulo 4 RESULTADOS

### 4.1 Resultados descriptivos

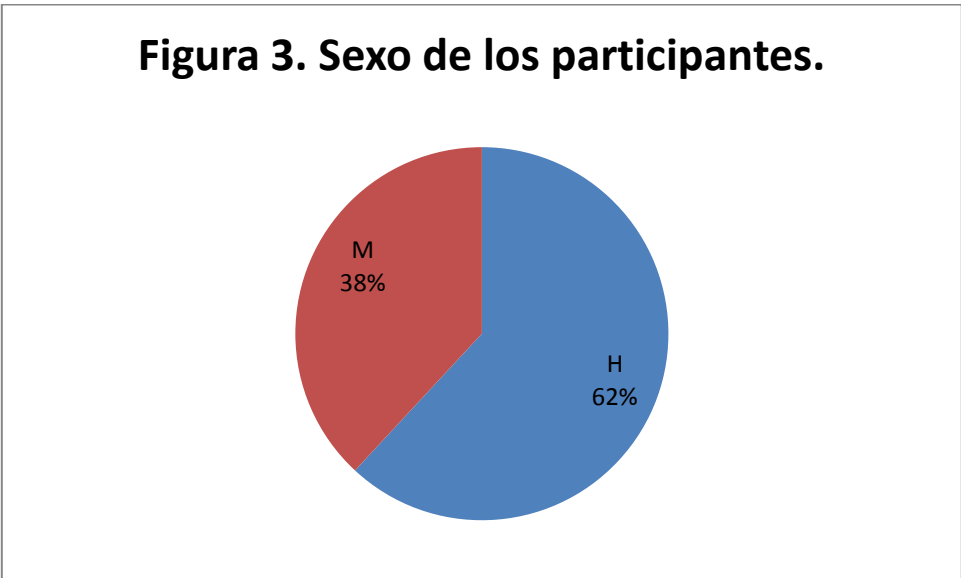
La muestra estuvo conformada por 63 participantes, 35 del grupo intervención y 27 del grupo en espera, los cuales presentaron una edad promedio de 12.7,  $DE = .775$  (Figura 1).



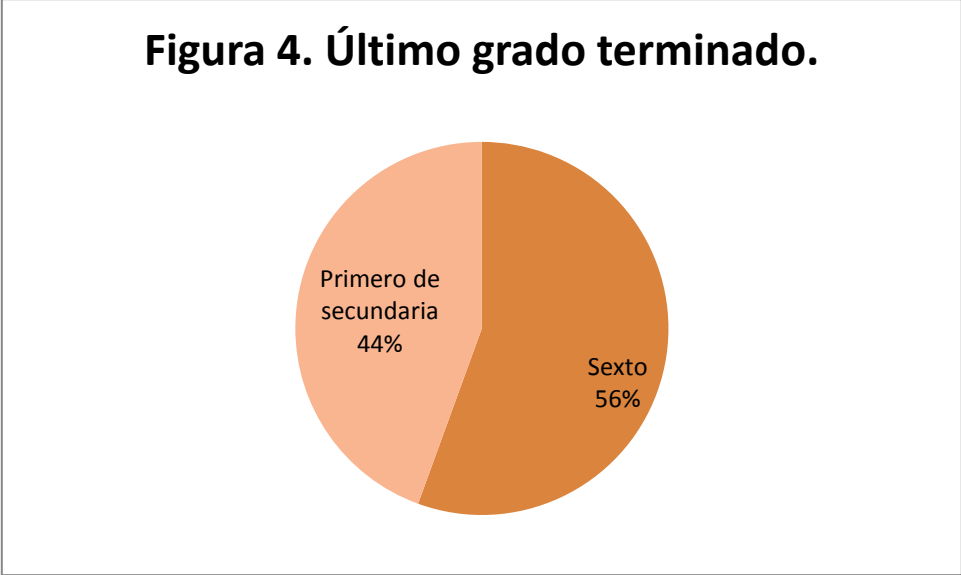
En la Figura 2 se muestra la descripción de la variable por grupo control y grupo intervención. Se observa que la mayoría de los participantes pertenecen al grupo intervención.



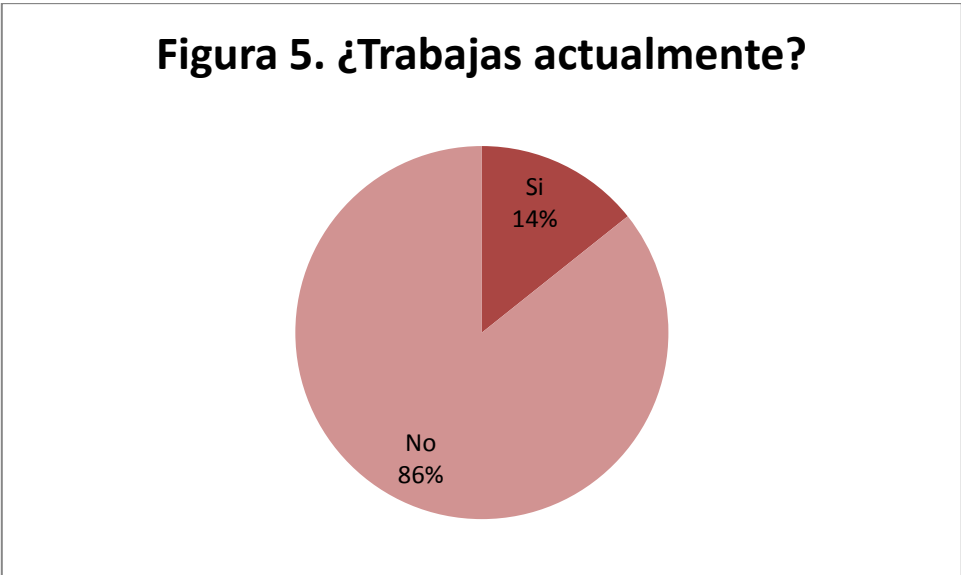
La proporción por sexo se presenta en la Figura 3. 39 de los participantes pertenecen al sexo masculino y 24 corresponden al femenino.



Respecto al último grado escolar terminado, se puede observar que la mayoría de los participantes concluyó el sexto grado de educación primaria, es decir, que pertenecen al primer grado de secundaria (Figura 4).



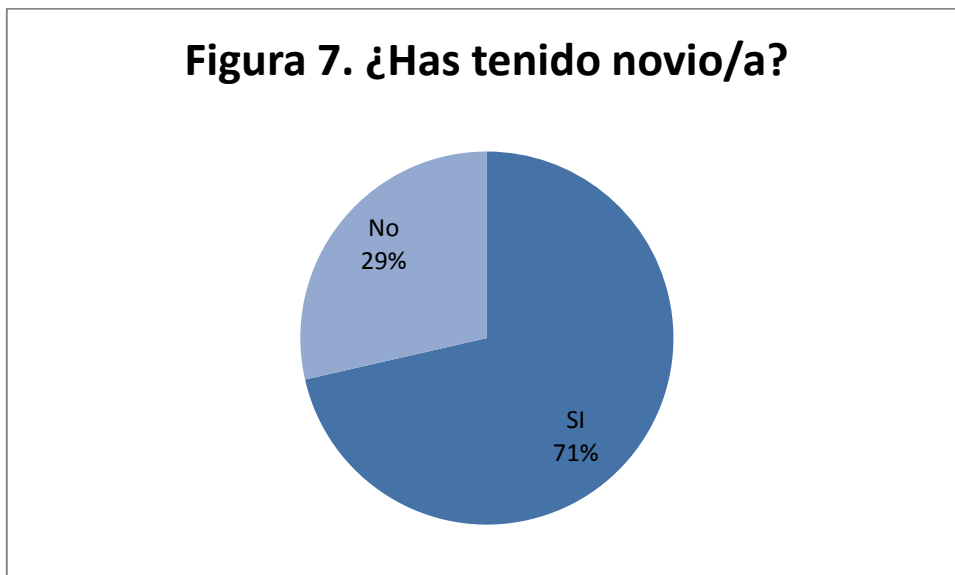
Al preguntar a los participantes si trabajan, la mayoría respondió que no (Figura 5).



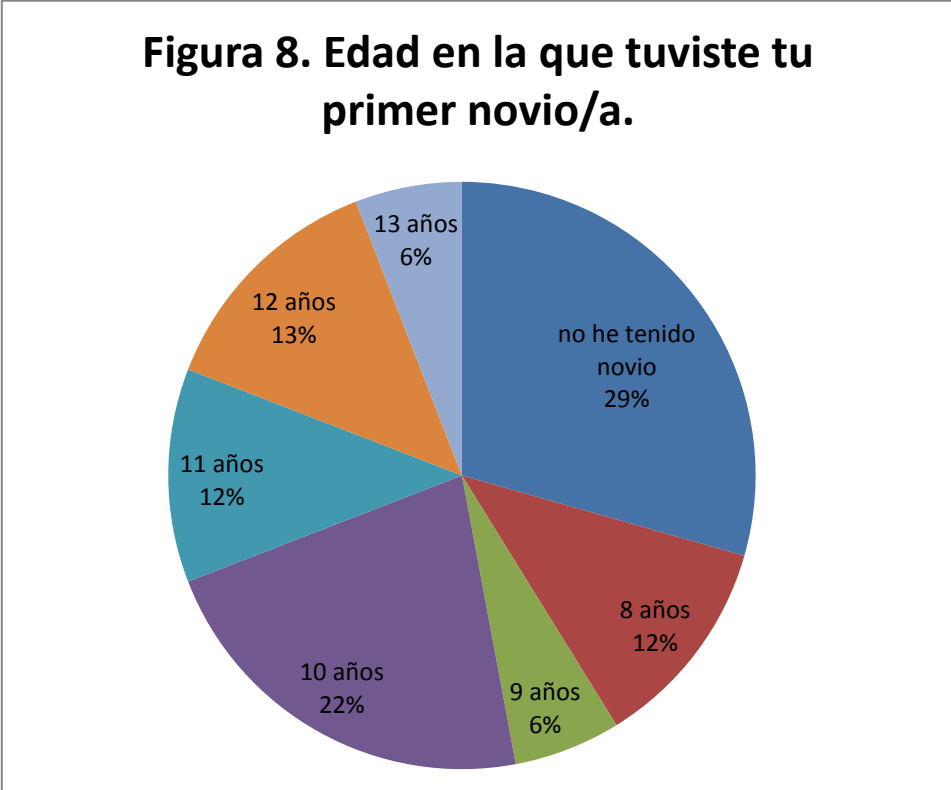
Respecto al lugar de residencia, se muestra en la Figura 6, que la mayoría de los participantes viven en un rango no mayor a 5km de distancia de sus hogares a la escuela.



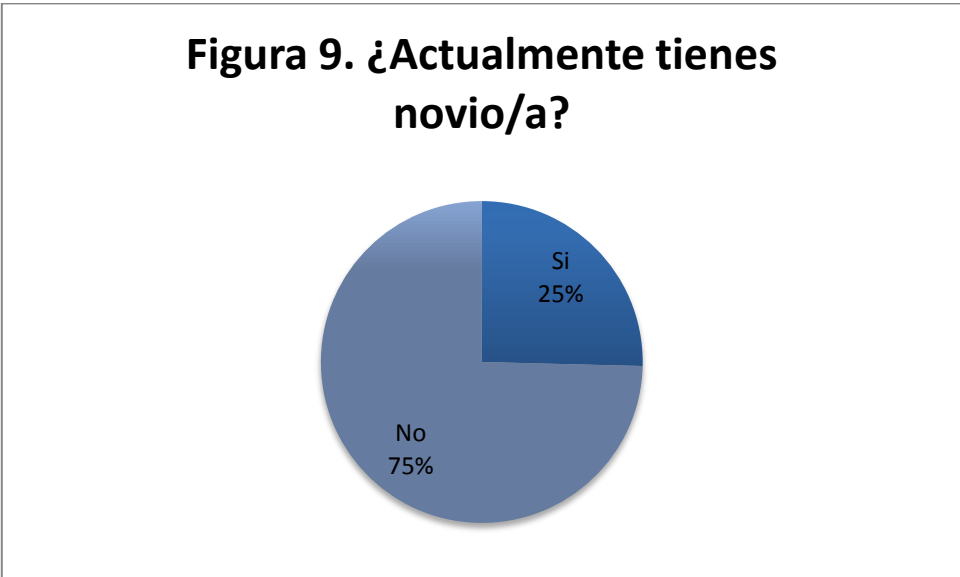
Al preguntar a los participantes si en algún momento de su vida han tenido novio/a, la mayoría respondió que sí. (Figura 11).



En la Figura 8 se muestra la edad en la que los participantes manifestaron tener su primer novio/a, la mayoría menciona que a los 10 años tuvieron su primera relación de noviazgo, los demás se encuentran alrededor de los 8, 11 y 12 años.

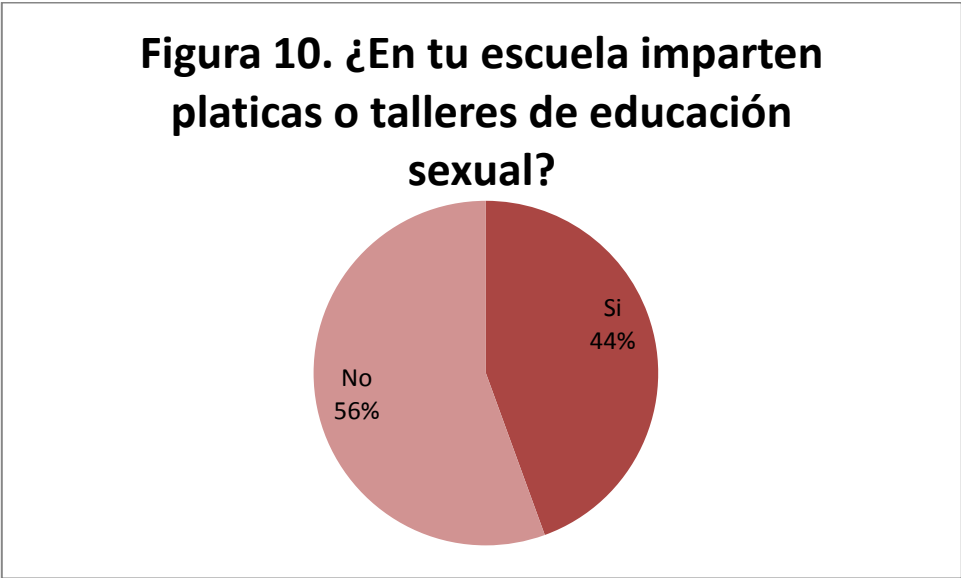


Al preguntar a los participantes si actualmente mantienen una relación de noviazgo, la mayoría respondió que no. (Figura 9).

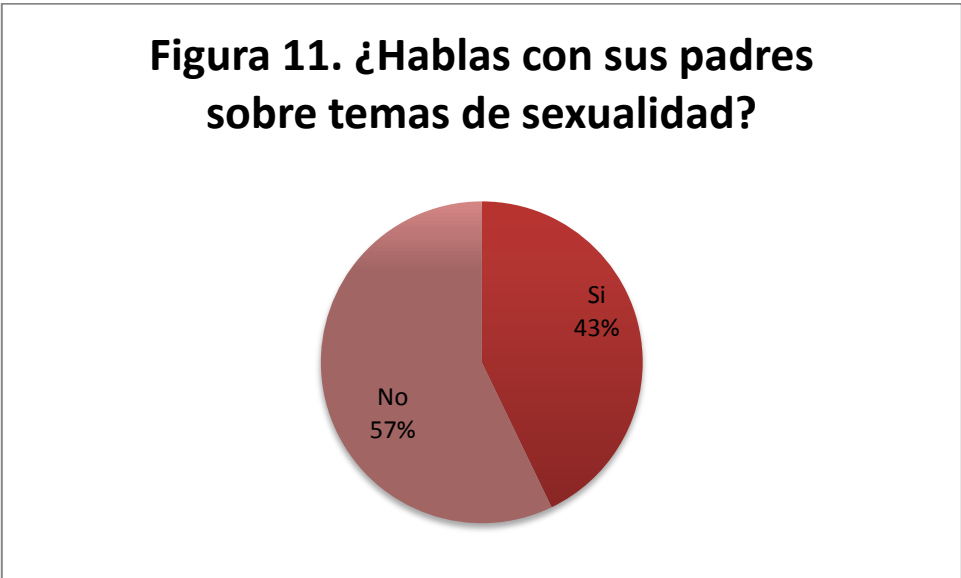




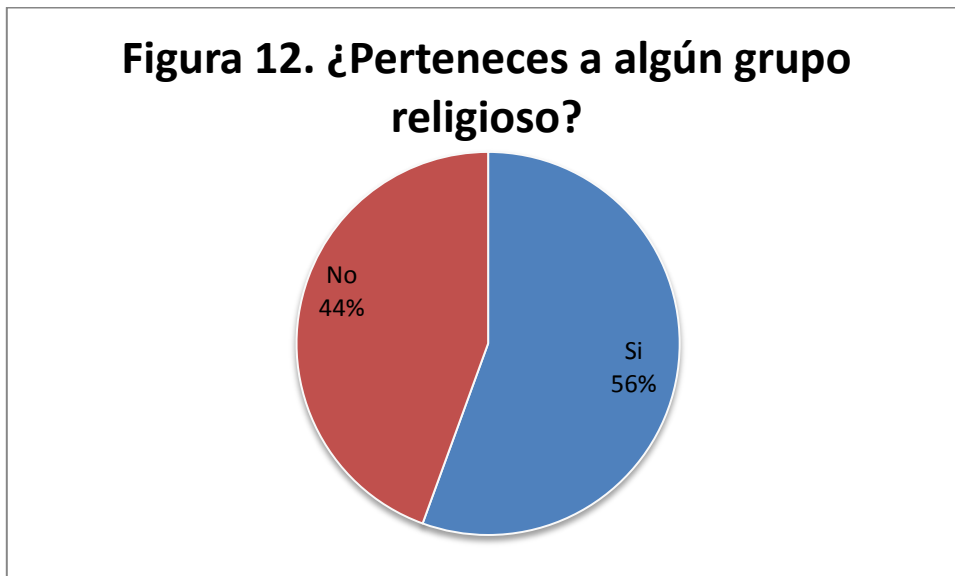
Al preguntar a los participantes si en su escuela se impartían talleres o pláticas sobre educación sexual, la mayoría respondió que no. (Figura 10).



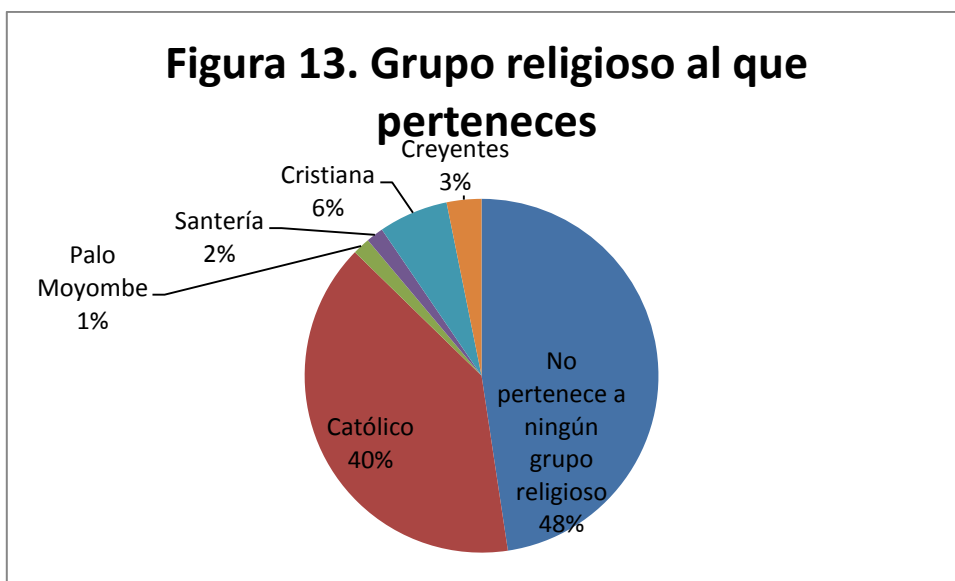
En la Figura 11 se puede observar que la mayoría de los participantes no habla sobre temas de sexualidad con sus padres.



Al preguntar a los participantes si pertenecen a algún grupo religioso, la mayoría respondió que sí (Figura 12).



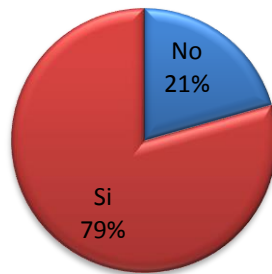
En la Figura 13 se puede observar que la mayoría de los participantes que si pertenecen a alguna religión, pertenecen a la religión católica.



Al preguntar a los adolescentes qué situaciones consideran de riesgo para contraer el SIDA, respondieron lo siguiente:

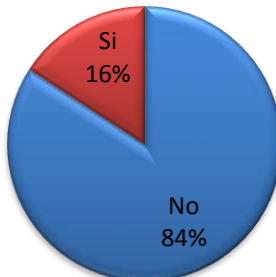
En la figura 14 se muestra que la mayoría de los adolescentes considera que el no utilizar condón en las relaciones sexuales es un riesgo para contraer el SIDA.

**Figura 14. ¿Consideras que tener relaciones sexuales sin condón es un riesgo para contraer el SIDA?**



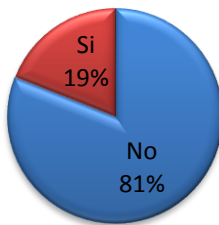
La mayoría de los adolescentes considera que tener relaciones sexuales anales no es un riesgo para contraer el SIDA (figura 15).

**Figura 15. ¿Consideras que tener relaciones sexuales anales es un riesgo para contraer el SIDA?**



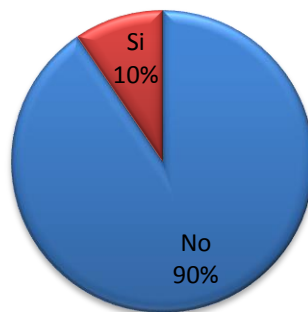
En la figura 16 se muestra que al preguntar a los adolescentes si podrían contraer SIDA si tienen relaciones sexuales con alguien estando drogados, la mayoría respondió que no.

**Figura 16. ¿Consideras que tener relaciones sexuales con alguien estando drogados es un riesgo para contraer el SIDA?**

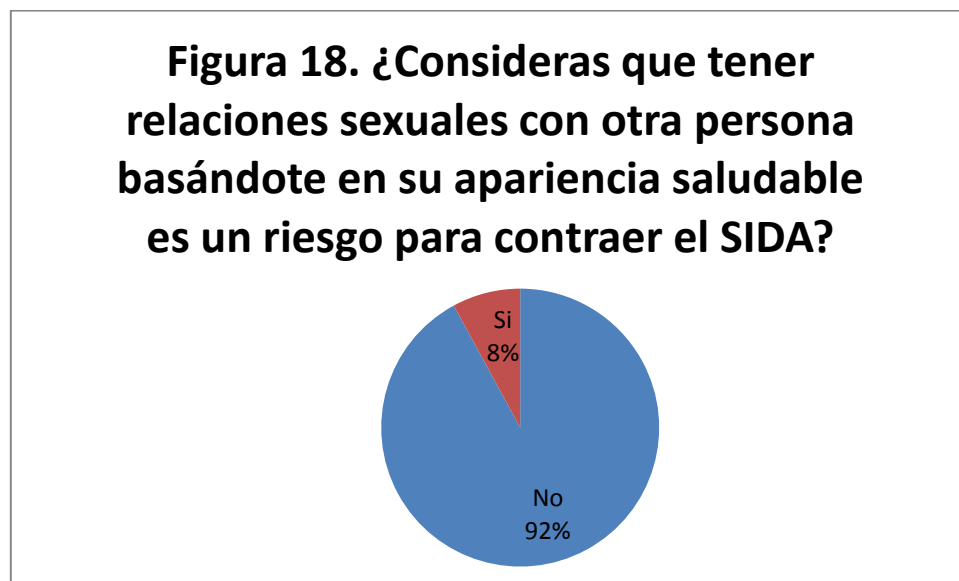


La mayoría de los adolescentes considera que tener más de una pareja sexual no es un riesgo para contraer el SIDA (figura 17).

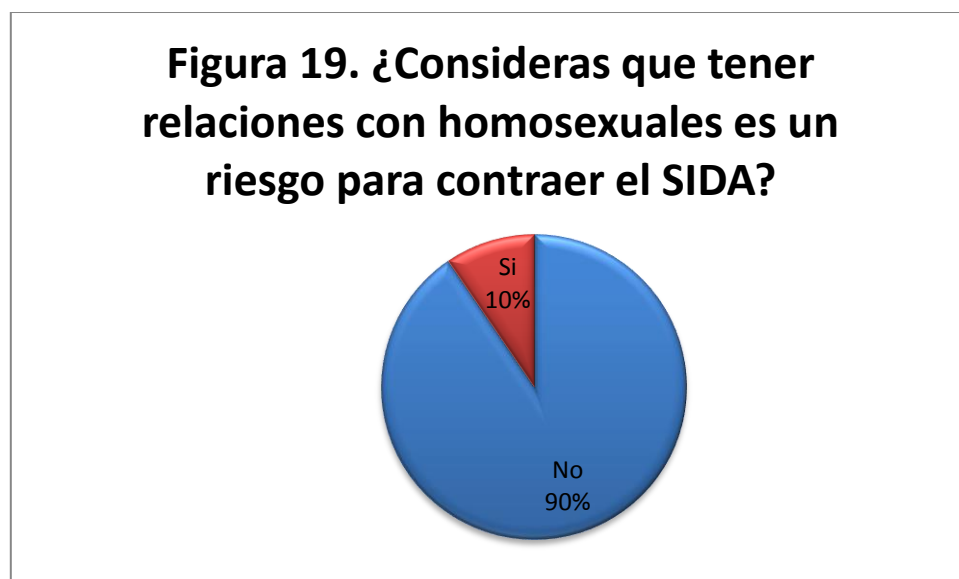
**Figura 17. ¿Consideras que tener más de un/a compañero/a sexual es un riesgo para contraer el SIDA?**



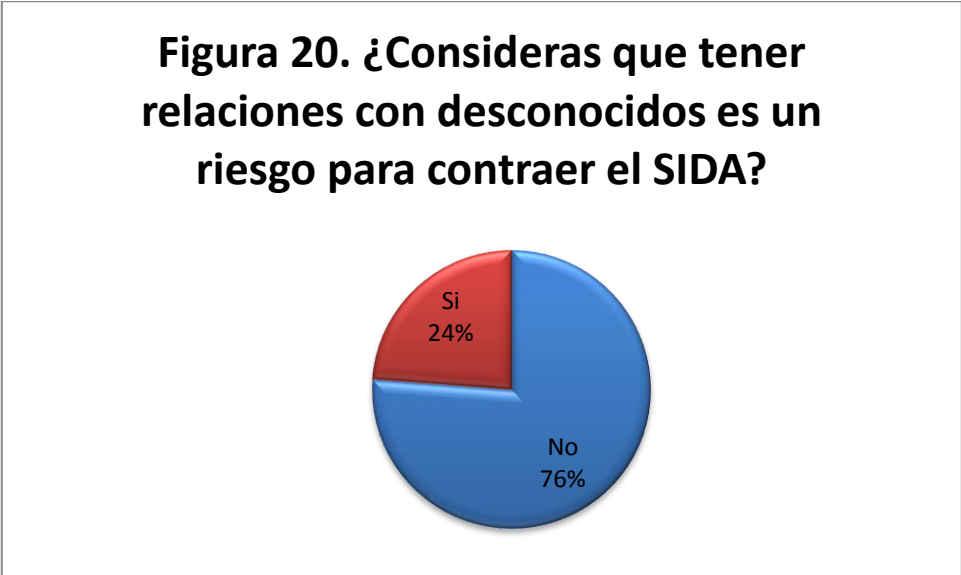
Al preguntar a los adolescentes si tener relaciones sexuales con una persona basándose en su apariencia “saludable”, era un riesgo para contraer el sida, la mayoría respondió que no (figura 18).



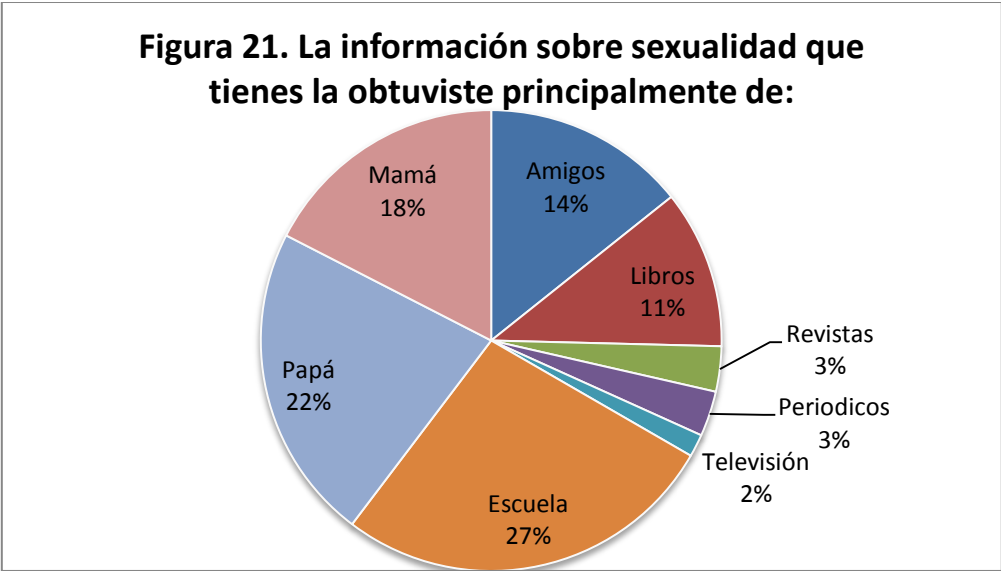
En la figura 19 se muestra que la mayoría de los adolescentes considera que tener relaciones homosexuales no es un riesgo para contraer el SIDA.



La figura 20 nos muestra que la mayoría de los adolescentes considera que tener relaciones sexuales con desconocidos no es un riesgo para contraer el SIDA.



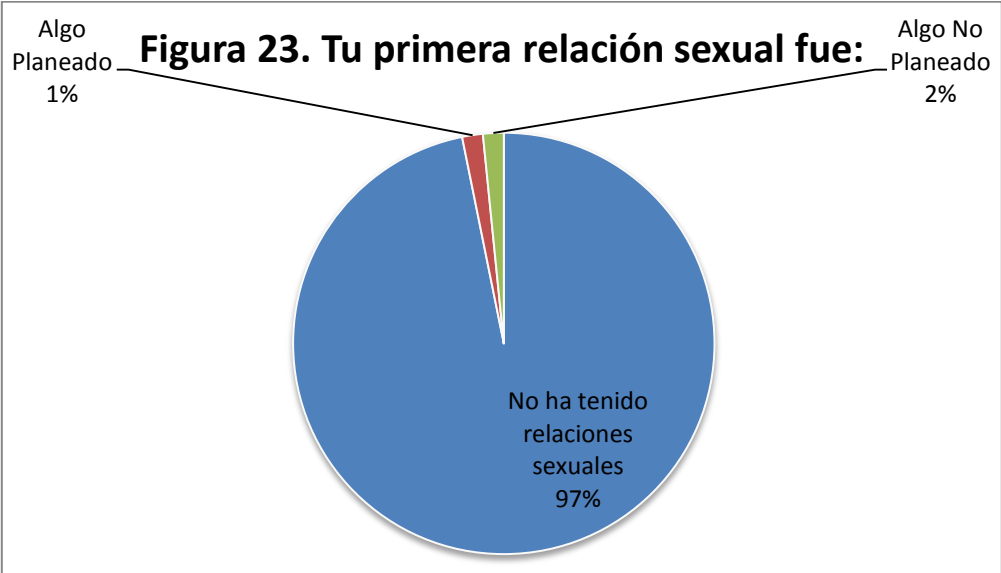
Al preguntar a los adolescentes de dónde han obtenido la información sobre sexualidad que actualmente poseen, la mayoría respondió que de sus padres y de la escuela (figura 21).



En la figura 22 se puede observar que sólo el 3% de los adolescentes mencionaron haber tenido relaciones sexuales.



La figura 23 muestra el resultado de preguntar a los adolescentes si su relación sexual fue planeada o no.



Al preguntar a los adolescentes si utilizan condón en sus relaciones sexuales el 2% respondió que no. (Figura 24).





**TABLA 1. MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR PARA EL GRUPO CONTROL E INTERVENCIÓN EN LA PREPRUEBA Y LA POSTPRUEBA PARA LAS PUNTUACIONES DE (SEA-27)**

Variable	PREPRUEBA		POSTPRUEBA		F	p	d
	CONTROL	INTERVENCION	CONTROL	INTERVENCION			
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)			
A	42.89 (11.63)	43.09 (13.96)	43.32 (8.43)	49.57 (6.63)	3.07	.09	.05
B	16.14 (4.40)	14.65 (6.14)	15.96 (15.96)	16.94 (16.94)	2.58	.11	.04
C	48.46 (5.70)	43.88 (16.13)	48.75 (48.75)	51.85 (10.10)	6.54	.01	.10
D	39.17 (10.17)	44.54 (16.77)	42.92 (11.90)	46.37 (10.06)	0.24	.62	.00

NOTA: *M* = promedio, *DE* = desviación estándar, *F* = análisis de varianza de medidas repetidas, *P* = significancia, *D* = tamaño del efecto; A = capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, B = uso de preservativo, C = matrimonio, la fidelidad y el hablar de las relaciones sexuales con los padres, D = capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas.

Al realizar la comparación mediante el ANOVA de medidas repetidas, se observó que la significancia del factor “C” es menor a .05, lo cual indica que existió un cambio en el incremento de conocimientos de los adolescentes en cuanto a su percepción del matrimonio, fidelidad y el hablar de las relaciones sexuales con los padres. En el resto de los factores no se observaron cambios estadísticamente significativos sin embargo se observó una tendencia hacia la mejoría en cuanto a conocimientos, actitudes y comportamientos.

Por tal motivo, rechazo la hipótesis nula y acepto la hipótesis alterna:

- La implementación de un programa incrementará los conocimientos sobre los riesgos y consecuencias del inicio de la vida sexual activa a temprana edad en adolescentes.

## **Capítulo 5**

### **DISCUSIÓN**

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar el impacto de un programa para fomentar la postergación de la actividad sexual a temprana edad en estudiantes de secundaria.

Al realizar la comparación con los estudios e intervenciones previas, y el estudio que aquí se menciona, se pudo observar que existe una gran convergencia en cuanto a la preocupación de priorizar los cuidados dentro de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes, así como el fomentar la procrastinación, la abstinencia y la abstinencia secundaria; ya que en la mayoría de las investigaciones aquí mencionadas, se abordan temas relacionados con la actividad sexual temprana y sin protección, los factores que influyen para el inicio o no de la actividad sexual, así como los riesgos y consecuencias que esta práctica implica en la vida de los adolescentes y jóvenes adultos, no sólo a corto, sino también a largo plazo y en los diferentes ámbitos y entornos de la vida.

Es importante mencionar que en los estudios, investigaciones y programas que fomentan la procrastinación de las relaciones sexuales, el inicio de la actividad sexual promedio resulta ser de 15 años para hombres y para mujeres, siendo la minoría de mujeres que comenzaron la actividad sexual a los 12 años; bajo este panorama cabe mencionar que se encuentra otra de las grandes problemáticas en la que se ven inmersos los adolescentes, y es que la mayoría de ellos son participes de varios tipos de actividades sexuales, no coitales, que ponen en riesgo su salud física y moral, mismas en las que cabe la importancia de resaltar el autocuidado y el respeto dentro de las relaciones socioafectivas de los adolescentes.

Es importante mencionar las variables mediante las cuales se basaron dichos estudios, intervenciones y programas, ya que sirven de sustento para comparar el

impacto que han tenido, no sólo en adolescentes, sino también en madres de familia (como lo hicieron Guilamo-Ramos et al. 2011 en la intervención que se menciona).

Por ejemplo; en la intervención realizada por Gallegos et al. 2008, se encontró que en ambos grupos, (control e intervención), no hubo diferencia en las intenciones de tener relaciones sexuales, pero en el grupo intervención si aumento el nivel de intenciones de usar condón y métodos anticonceptivos dentro de las prácticas sexuales, así como de prevenir situaciones de riesgo para contraer SIDA.

Por su parte, en una intervención realizada por Faílde et al. 2008, se resalta la importancia de diseñar e implementar intervenciones preventivas basadas en el género, ya que los hombres son los que se inician sexual mente a temprana edad, tienen mayor número de parejas sexuales y ocasionales, ya que su interés es experimentar, y por consiguiente, tienen mayores riesgos de contraer alguna its; por su parte, las mujeres son las que se inician sexualmente a mayor edad, sus relaciones sexuales son con parejas estables y el motivo principal de iniciación es por “amor”.

En cuanto a la intervención de Guilamo-Ramos et al. 2011, es importante mencionar que fue dirigida a madres de familia, mismas que con ayuda de un manual que se les fue entregado, ayudaron a que sus hijos adolescentes redujeran las conductas sexuales de riesgo de las que eran participes, así como a postergar el inicio de la actividad sexual, al mismo tiempo, también lograron que sus hijos, quienes ya habían mencionado haber tenido relaciones sexuales, mantuvieran una abstinencia secundaria; mientras que los resultados de las madres que solo estuvieron en el grupo control, aumento drásticamente en el periodo que duró la intervención.

Para Rodríguez et al. 2013, en la implementación de su estrategia educativa para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, identificaron las

principales necesidades de aprendizaje de los mismos, ya que encontraron deficiencias en cuanto a la educación sexual que habían recibido, así como la baja percepción del riesgo ante las ITS, VIH/SIDA y embarazos no planificados, además del comienzo temprano de las relaciones sexuales y bajo uso del condón en hombres y mujeres.

En cuanto a la intervención de Gaydos et al. 2008, los resultados de su intervención de reducción de riesgo sexual para adolescentes de secundaria, muestra que existieron cambios significativamente en la intención de utilizar correctamente los condones, así como el aumento en la comunicación con los padres de familia respecto a temas de ETS/VIH y el uso correcto de los condones.

Es importante mencionar aquellos descubrimientos, logros y avances que se han obtenido en las diferentes intervenciones, ya que se muestra, que el interés sigue siendo el mismo, y además, los resultados que se muestran tienen una similitud notable en cuanto a la iniciación temprana de la actividad sexual en los adolescentes y jóvenes.

Por su parte, en la presente investigación, es importante mencionar que los resultados de la preprueba fueron muy bajos en cuanto a la autoeficacia de los adolescentes para actitudes, comportamientos y conocimientos respecto a la iniciación de la actividad sexual temprana; al realizar la intervención, con temas como:

- “Proyecto de vida” y “Toma de decisiones”; para aumentar la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias;
- “El condón para la vida”; para aumentar la capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente preservativos;
- “Mi mundo”; para aumentar la capacidad percibida para hablar de matrimonio, la fidelidad y el hablar de las relaciones sexuales con los padres, y

- “A ciegas nada”; para aumentar la capacidad percibida para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas.

Se pudo observar que mostraron una tendencia a aumentar con ayuda de las actividades que se encuentran en el manual, mismos que se vieron reflejados al realizar la postprueba, resaltando como punto muy favorable que la variable que mide la capacidad percibida para hablar de matrimonio, la fidelidad y el hablar de las relaciones sexuales con los padres aumento considerablemente en los resultados estadísticos. En cuanto a las situaciones que ellos consideraban de riesgo para contraer SIDA, los adolescentes mencionaron en la preprueba que el tener relaciones sexuales sin protección; con una persona basándose en su apariencia “saludable”; tener relaciones sexuales anales; homosexuales; ocasionales; y bajo uso de sustancias tóxicas, no son un riesgo para contraer el sida; situación que cambio considerablemente al realizar la intervención, ya que dichas situaciones fueron consideradas como de mayor riesgo de contraer SIDA al realizar la postprueba.

Se podría considerar, que la implementación de dicha intervención y el uso del manual con las actividades que en él se describen, sirven de soporte para ayudar a los adolescentes a aumentar los conocimientos respecto al inicio temprano de las relaciones sexuales, los riesgos y consecuencias que ésta práctica implica a corto y largo plazo, así como a fomentar de manera positiva la comunicación con sus padres respecto a estos temas y a la toma de decisiones favorables para su vida y su futuro.

Resulta un reto hablar de sexualidad con los adolescentes, así como también lo es hablar con los padres, pero gracias a esta investigación, como muchas otras, nos podemos dar cuenta que si se interviene con la población, ya sea con adolescentes y/o madres/padres de familia, se puede lograr un avance considerable en cuanto a fomentar la abstinencia (en ocasiones, secundaria) o

bien, la procrastinación de las relaciones sexuales en los adolescentes, al mismo tiempo que ayudaría a reducir las situaciones de riesgo y posibles consecuencias.

Es importante considerar y hacer partícipe al educador para la salud dentro de las actividades de prevención y promoción de la salud, así como en la implementación de programas en beneficio de la comunidad, no sólo en población adolescente, sino en cualquier otro tipo de población, ya que es un profesional capacitado para enfrentar diferentes tipos de situaciones en cuanto a salud y bienestar competen.

Es importante también, resaltar que, para que un adolescente sea capaz de posponer el momento de su primera relación sexual, éste debe contar con un apoyo familiar, e institucional, mismo que se verá reflejado en el desarrollo y comportamiento del adolescente, según los estudios de Daileader (2003), Reese et al. (2014), Haydon et al. (2012) y Martell et al. (2018), ya que su entorno afectivo-social será uno de los mayores determinantes para que éste sea capaz de posponer el inicio de las relaciones sexuales para prevenir posibles riesgos y consecuencias del inicio temprano de la actividad sexual.

## CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos de la presente investigación, se puede mencionar, en primera instancia, que se cumplen los objetivos, tanto el general, como los específicos.

Respecto al objetivo general, que se centró en evaluar el impacto del programa, se encontró que dicha intervención mostró una tendencia a la mejoría de actitudes, comportamientos y conocimientos sobre la postergación del inicio de la actividad sexual temprana. En cuanto a los objetivos específicos, que consistieron en implementar el programa; se encontró que los adolescentes se mostraron interesados y participativos en las actividades que se presentaron respecto al manual; y en cuanto a evaluar los conocimientos, se encontró que existió una mejoría en los resultados obtenidos al realizar la preprueba y la postprueba.

Además de lo anterior, se demuestra, que al momento de realizar la preprueba, los adolescentes mostraban un índice muy bajo en cuanto a conocimientos sobre los riesgos y consecuencias del inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, así como un nivel muy bajo en cuanto a la capacidad de tomar decisiones favorables en distintas situaciones; aunado a esta situación, los conocimientos sobre el uso correcto del condón masculino y femenino así como del riesgo de contraer VIH/SIDA queda por debajo de las expectativas.

Al transcurrir las sesiones, se pudo observar que los adolescentes mostraron interés por los temas trabajados dentro de la intervención, ya que fueron temas que abarcaron diferentes ámbitos y entornos de la vida, mismas que fueron reforzadas con ayuda del *“Manual del programa para fomentar la postergación de la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria”* (anexo 2). Dicho manual se encuentra constituido con actividades y técnicas que les ayudan a expresarse de mejor manera dentro del salón de clases, así como fuera de él, al mismo tiempo que los prepara y los alienta a la toma de decisiones favorables,

mismas que se verán reflejadas en su proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo.

En la presente investigación, resulta de suma importancia la labor del educador para la salud dentro de las intervenciones encaminadas al cuidado de la salud sexual y reproductiva, así como a aquellas que se encarguen de fomentar la postergación de las relaciones sexuales a temprana edad y el autocuidado en las relaciones sexuales en alumnos activos y no activos, con la finalidad de que se les brinde la información y las herramientas necesarias para que ellos sean capaces de tomar decisiones que se encuentren cimentadas en sus ideales y en su proyecto de vida así como a lograr que se responsabilicen sobre la salud y cuidado de su cuerpo.

La labor del educador para la salud en temas relacionados a la salud sexual y reproductiva con intervenciones con adolescentes, se puede ver favorecida en informar, educar y re-educar a los mismos con ayuda de técnicas y estrategias que hacen más fácil este tipo de acercamiento a la población, que si bien es cierto, sigue siendo un tema tabú aún en siglo XXI y que al mismo tiempo refleja una tasa mayor de embarazos no planificados en población adolescente así como la deserción escolar y un mayor número de infecciones de transmisión sexual en este tipo de población

De igual manera, se resalta la labor del educador para la salud dentro de dichas actividades, así como las aptitudes y actitudes que tiene para llevar a cabo la labor de enseñar y educar a diferentes tipos de población y con características diferentes, mismas, que el EPS es capaz de abordar debido a la formación y experiencia adquirida a lo largo de la licenciatura.

Es importante reconocer también que la educación para la salud constituye un proceso que abarca las acciones dirigidas principalmente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y grupos, así como las encaminadas a



modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. El fin último de dichas acciones es propiciar espacios saludables donde los diferentes actores involucrados participen responsablemente en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar.

## REFERENCIAS

- Alvarado, R., Martínez, O., Baquero, M., Valencia, C. y Ruíz, A. (2007). Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca). *Revista Ciencias de la Salud*, 5(1), 40-52.
- Bleakley, A., Hennessy, M. y Fishbein, M. (2006). Public opinion on sex education in US schools. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(11), 1151-1156. doi:10.1001/archpedi.160.11.1151
- Broadening the Horizon: Balancing Protection and Risk for Adolescents. Geneva: *World Health Organization*, 2002. Recuperado de:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67242/1/WHO\\_FCH\\_CAH\\_01.20.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67242/1/WHO_FCH_CAH_01.20.pdf)
- Cheng, Y. y Landale, N. (2011). Adolescent overweight, social relationships and the transition to first sex: gender and racial variations. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(1), 6–15. doi: 10.1363/4300611.
- Daileader, C. (2003). Abstinencia y postergación de la actividad sexual. Promover la abstinencia es una estrategia importante, pero se necesitan exhortaciones complementarias para quienes están sexualmente activos, 8, 1-4. Recuperado de: <http://www.portalsida.org/repos/8SP121Abstinence.pdf>
- Daileader, C. (2003). *Abstinence and Delayed Sexual Initiation. Promoting abstinence is an important strategy that can help delay sexual activity, but complementary messages are needed for those who are sexually active.* 8. Recuperado de: <https://www.iywg.org/sites/iywg/files/yl8e.pdf>
- Dussillant, F. (2010). Comportamientos riesgosos entre los jóvenes: el caso de la actividad sexual. *Centro de Estudios Públicos*, 381, 1-68.

Epstein, M., Madeline, F., Kosterman, R., Bailey, J., King, K., Vasilenko, S., Steeger, C. y Hill, K. (2018). Adolescent age of sexual initiation and subsequent adult health outcomes. *Journal of Adolescent Health, 108*(6), 822-828. doi: 10.2105/AJPH.2018.304372.

*Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud (15 a 29 años)* 12 de agosto, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2014.

Recuperado de:

[http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016_0.pdf)

Fáilde, J., Lameiras, M. y Bimbela, J. (2008). Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gaceta Sanitaria, 22*(6), 511-519.

Gallegos, E., Villaruel, A., Loveland-Cherry, C., Ronis, D. y Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública México, 50*, 59-66.

García-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P. y Cuesta, M. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research, 5*(1), 79-87.

Gaydos, C., Hsieh, Y., Galbraith, J., Barnes, M., Waterfield, G. y Stanton, B. (2008). Focus-on-Teens, sexual risk-reduction intervention for high-school adolescents: impact on knowledge, change of risk-behaviours, and prevalence of sexually transmitted diseases. *International Journal of STD and SIDA, (19)*10, 704-710. doi:10.1258 / ijsa.2008.007291. PMID: PMC4800004

Gibson, E. (2016). All Adolescents Deserve Routine Conversations About Sexual Activity and Pregnancy Prevention. *Pediatrics, 137*(1), 1-2. doi: 10.1542/peds.2015-3826

- González, E., Molina T., Montero, A. y Martínez, V. (2013). Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(1), 4-13. doi: 10.4067/S0717-75262013000100002
- Guilamo-Ramos, V., Bouris, A., González, B., McCoy, W. y Aranda, D. (2011). A parent-based intervention to reduce sexual risk behavior in early adolescence: building alliances between physicians, social workers, and parents. *Journal of Adolescent Health*, 48, 159-163. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.06.007.
- Haydon, A., Herring, A., Prinstein, M. y Tucker, C. (2012). Beyond age at first sex: Patterns of emerging sexual behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 50, 456-463.
- Iakmiu, E. y Ferrari, R. (2009). Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 937-946.
- Klaus, H., Bryan, L., Brayant, M., Fagan, M., Marjorie, B., Harrigan, R. y Kearns, F. (1987). Fertility awareness/natural family planning for adolescents and their families: report of multisite pilot project. *Natural Family Planning Center of Washington*, 3(2), 101-119.
- López, F. y Moral, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública México*, 43, 421-432.
- Marindo, R., Pearson, S. y Casterline, J. (2003). Condom use and abstinence among unmarried young people in Zimbabwe: which strategy, whose agenda. *Policy Research Division Working Papers*, 170, 3-29.

- Martell, N., Ibarra, M., Contreras, G. y Camacho, E. (2018). La sexualidad en adolescentes desde la teoría de las representaciones sociales. Sexuality in teenagers from the social representations theory. *Psicología y Salud*, 28(1), 15-24.
- Molina, A. y Rojas, A. (2017). Instrumentos de medidas de actitudes hacia la sexualidad: una revisión bibliográfica sistemática. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 43(1), 17-32. doi.org/10.21865/RIDEP43\_17
- Pacheco, C., Rincon, L., Guevara, E., Latorre, C., Enríquez, C. y Nieto, J. (2007). Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. *Salud Pública de México*, 49(1), 45-51.
- Real Academia Española (RAE, 2018). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. España: Real Academia Española.
- Reese, B., Choukas-Bradley, S., Herrin, A. y Halper, C. (2014). Correlates of adolescent and young adult sexual initiation patterns. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(4), 211–221. doi: 10.1363/46e2214.
- Rivera, G. y Arango, MC. (1999). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Cuaderno de trabajo No. 3. *Pathfinder México*.
- Rodríguez, A., Sanabria, G., Contreras, M. y Perdomo, B. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana Salud Pública*, 39 (1): 161-174.

- Rogow, D. y Haberland, N. (2005). Educación sobre sexualidad y relaciones: hacia una perspectiva de estudios sociales. *Sex Education: Sexuality Society Learning*, 5(4), 333-344.
- Rojas, M., Méndez, R. y Montero, L. (2016). Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1): 52-62. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.6
- Son, D., Oh, J., Heo, J., Huy, N., Minh, H., Choi, S. y Hoat, L. (2016). Early sexual initiation and multiple sexual partners among Vietnamese women: analysis from the Multiple Indicator Cluster Survey 2011. *Global Health Action*, 9(1), 1-6. DOI: 10.3402/gha.v9.29575
- Tenkorang, E. y Maticka-Tyndale. (2008). Factors influencing the timing of first sexual intercourse among young people in Nyanza, Kenya, *International Family Planning Perspectives*, 34 (4); 177–188
- Tucker, C., Joyner, K., Udry, R. y Suchindran, C. (2000). Smart teens don't have sex (or kiss much either). *Journal of Adolescent Health*, 26, 213–225.
- Underwood, C., Hachonda, H., Serlemitsos, E. y Bharath, U. (2001). Impact of the heart campaign. findings from the Youth Surveys, 1999 & 2000. *Johns Hopkins School of Public Health*, 1-23.
- Van, R. y Meekers, D. (2007). The reach and impact of social marketing and reproductive health communication campaigns in Zambia. *BMC Public Health*, 7 doi: 10.1186/1471-2458-7-352
- Vivo, S., Saric, D., Muñoz, R., McCoy, S., López-Peña, P. y Bautista, S. (2013). *Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes*. Finlandia: Banco Interamericano de Desarrollo.

Yago, T. y Tomas, C. (2015). Condicionantes de género y embarazo no planificado, en adolescentes y mujeres jóvenes. *Anales de Psicología*, 31: 972-978.

Young People and HIV/AIDS: *Opportunity in Crisis*. New York: UNICEF, 2002

Recuperado de:

[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/youngpeoplehivaidn\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/youngpeoplehivaidn_0.pdf)

Zacarrés, J., Iborra, A., Tomás, J. y Serra, E. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: Una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de Psicología*, 25 (2): 316-329.

## ANEXO 1 INSTRUMENTO

### ENCUESTA APLICADA EN EL ESTUDIO PARA LA VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Masc Fem Estado Civil: \_\_\_\_\_

Total de personas que viven en tu casa (incluyéndote) \_\_\_\_\_

Viven en tu casa otros parientes o hermanos(as) casados (as) Sí No

Ultimo grado escolar que terminado \_\_\_\_\_

¿Estudias actualmente? Sí No

¿Trabajas actualmente? Sí No

Colonia en que vives: \_\_\_\_\_

### ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, DE 27 ELEMENTOS, SEA-27

A continuación, se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a circular el grado de seguridad que creas tener:

Nada (1), Algo (2), Medio (3), Muy (4) y Total (5).

ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, DE 27 ELEMENTOS, SEA-27	Nada seguro (1)	Algo seguro (2)	Medio seguro (3)	Muy seguro (4)	Total seguro (5)
<b>A) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales?</b>					
1. Alguien conocido hace 30 días o menos					
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti.					
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti.					
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad.					
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo.					
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales					
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti					
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales					
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol					
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas					
11. Alguien con quien tu nivel de excitación sexual es muy alto					
<b>B) ¿Qué tan seguro/a estás de ser capaz de...</b>					
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga.					
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a					
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado.					
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual					
<b>C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....</b>					
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales					
2. Usar correctamente el condón					
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo					



alcohol					
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga					
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo					
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón					
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones					
8. Acudir a la tienda a comprar condones					
9. No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio					
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida					
11. Platicar con tu papá sobre temas sexuales					
12. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales					
<b>D) Expresa el grado de acuerdo que tengas...</b>					
1. La mujer es la que debe de solicitar el uso del condón					
2. El hombre es el que debe de comprar los condones					
3. El hombre es el responsable de la protección durante la relación sexual.					
4. La mujer debe de traer los condones.					
5. Las relaciones sexuales deben de ser espontáneas					
6. El uso del condón es bueno para mi salud.					
7. El uso del condón disminuye la satisfacción sexual.					
8. Mi situación económica me permite comprar condones					
9. Las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifican con tiempo.					
10. Las relaciones sexuales solo deben de tenerse con la misma persona de por vida.					
11. Prefiero arriesgarme a contraer una enfermedad, a no tener relaciones sexuales.					
12. El SIDA es algo muy difícil que me dé, aunque no me proteja.					
13. Consideras que la información que tienes sobre sexualidad es					

## PREGUNTAS ADICIONALES

La información sobre sexualidad que tienes la obtuviste principalmente de: (Marca sólo aquella que consideres la más importante:

- a) Amigos b) Libros c) Revistas d) Periódicos e) Televisión f) Escuela g) Papá h) Mamá

Sobre qué tema de sexualidad te gustaría tener más información: \_\_\_\_\_

Quién te ha proporcionado la información sobre sexualidad que consideras más importante: \_\_\_\_\_

Has tenido relaciones sexuales: Si No

**¡CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SI HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES!**

¿Utilizaste el condón en tu primera relación sexual? Si No

¿A qué edad fue tu primera relación sexual? \_\_\_\_\_ años

Tu primera relación sexual fue: Algo que planeaste Algo no planeado

En qué lugar fue tu primera relación sexual:

a) En una casa. b) En un auto c) En un hotel d) En despoblado e) En la calle f) Otro ¿cuál? \_\_\_\_\_

Número de personas con las que has tenido relaciones sexuales: \_\_\_\_\_

¿Utilizas condones en tus relaciones actuales? Si No

Menciona la razón principal por la cual no se usó el condón en alguna de tus relaciones sexuales (o en todas)

\_\_\_\_\_

¿Cuál crees que es la efectividad del condón cuando se utiliza correcta y adecuadamente?

- a) 95 al 100%      b) 90 al 100%      c) menos de 90%

De las siguientes opciones, selecciona en base a su importancia las tres que consideres de más riesgo para contraer el SIDA. Escribe en el paréntesis la letra que corresponda a tu respuesta.

- a) Tener relaciones sexuales sin condón.
- b) Recibir transfusiones de sangre
- c) Ser infiel a la pareja
- d) Tener relaciones sexuales anales
- e) Tener relaciones sexuales por presión (amigos/as)
- f) Combinar el alcohol y las relaciones sexuales
- g) Tener relaciones sexuales con alguien estando drogado
- h) Tener más de un(a) compañero(a) sexual
- i) Tener relaciones sexuales ocasionales (no planificadas)
- j) Tener relaciones sexuales con otra persona basándote en su apariencia saludable
- k) Tener relaciones homosexuales
- l) Tener relaciones sexuales con prostitutas
- m) Tener relaciones sexuales con el novio o novia
- n) Tener relaciones sexuales por placer
- o) Tener relaciones sexuales con desconocidos o desconocidas

RESPUESTAS

( ) La de primer lugar en riesgo. ( ) La de segundo lugar en riesgo. ( ) La de tercer lugar en riesgo.

ANEXO 2

MANUAL



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM NEZAHUALCÓYOTL  
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

**MANUAL DEL PROGRAMA PARA FOMENTAR LA POSTERGACIÓN DE LA  
VIDA SEXUAL ACTIVA A TEMPRANA EDAD EN ESTUDIANTES DE  
SECUNDARIA.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**LICENCIADA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

**PRESENTA**

**GUTIÉRREZ MERÁZ DIANA YANIN**

Asesor: Dr. Jaime Camacho Ruiz

**Cd. Nezahualcóyotl a 01 de Junio de 2018**

## **INTRODUCCIÓN**

En el presente manual refiere al “Programa para fomentar la postergación de la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria”.

En dicho manual se encuentran actividades que les ayudarán a los adolescentes a poner en práctica sus habilidades de toma de decisiones, así como a aprender a identificar factores y/o situaciones de riesgo en las que se pueden encontrar vulnerables y que podrían afectar su proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo, mismas que aterrizan en el tema de la postergación de las relaciones sexuales.

Se describen las actividades que debe de realizar el educador con los alumnos, así como los anexos propios a utilizar en cada una de las sesiones.

Es importante enfatizar con los adolescentes el planteamiento del proyecto de vida así como en la toma de decisiones, ya que son actividades claves que les ayudaran a plantear metas y estrategias en los diferentes ámbitos de la vida.

## ÍNDICE

<b>Sesión 1</b> Presentación del grupo.....	59
➤ Actividad, mi mundo.....	61
<b>Sesión 2</b> Proyecto de vida.....	64
➤ Actividad, creando mi proyecto de vida.....	66
➤ Actividad, árbol del proyecto de vida.....	68
<b>Sesión 3</b> Toma de decisiones.....	70
➤ Actividad, practicar la abstinencia requiere estrategia.....	71
➤ Actividad, FODA .....	74
<b>Sesión 4</b> A ciegas nada.....	77
<b>Sesión 5</b> Identificando factores de riesgo.....	83
➤ Actividad, casos de factores de riesgos.....	85
➤ Actividad, factores de riesgos.....	87
<b>Sesión 6</b> Uso del condón.....	89
➤ Actividad, mitos y realidades.....	91
➤ Actividad, uso correcto del condón masculino.....	93
➤ Actividad, uso correcto del condón femenino.....	94
<b>Sesión 7</b> Recordando lo aprendido.....	97



**Manual del programa para fomentar la postergación de la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria.**

SESIÓN 1 DE 7

**TEMA: PRESENTACIÓN DEL GRUPO**

**SUBTEMA:** Conociendo otros mundos

**OBJETIVO GENERAL:** Conocer la dinámica social, familiar, escolar e institucional que tienen cada uno de los alumnos.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Identificar las posibles fortalezas y debilidades con las que cuentan dentro de su entorno.

**DESARROLLO**

Para la primera sesión es indispensable generar un ambiente de confianza, cordialidad y respeto entre la educadora y los alumnos. Es importante recordar a los alumnos los objetivos de la sesión además de recordarles que los temas que se trabajaran a lo largo de la intervención se encuentran enfocados en la sexualidad, así como en la toma de decisiones y plan de vida, por lo cual, es necesario que cada uno de ellos sean tratados con respeto por parte de los compañeros.

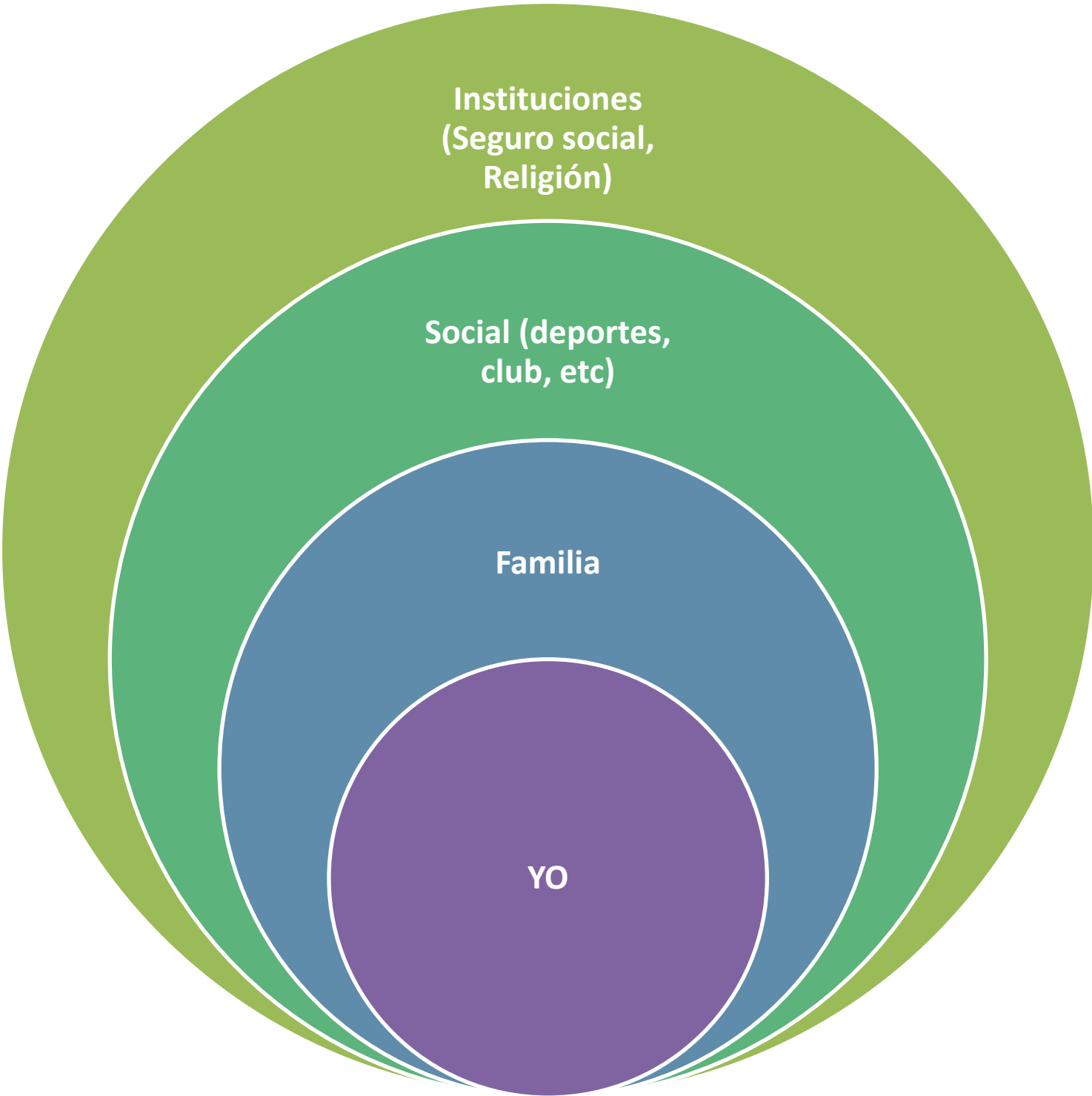
La educadora para la salud se presentará de tal forma que los alumnos se sientan en confianza de expresar sus ideas y emociones; por ejemplo: mi nombre es..., tengo \_ años, soy (estudiante/licenciada)..., mi hobby favorito es..., la parte que más me gusta de mi cuerpo es... el animal que más me gusta es... porque....

Posteriormente se le pedirá a cada alumno que se presente de la misma manera,

La idea central de la presentación inicial, es que los alumnos tengan una sesión creativa y no tan formal, para que de esta manera se logre un ambiente de confianza entre el educador y los alumnos.

A continuación, se dibujarán en el pizarrón 4 círculos, uno dentro del otro, comenzando desde el más pequeño hasta el más grande; se le pedirá a los alumnos que saquen una hoja blanca o de su cuaderno y esperen las instrucciones mientras la educadora dibuja los círculos.

El círculo deberá quedar de la siguiente manera;





Una vez que la educadora haya concluido el círculo, pedirá a los alumnos que lo realicen en la hoja que sacaron; mientras los alumnos lo dibujan, la educadora explicara la finalidad del círculo y como se deberá de llenar.

### **Explicación:**

“Esta actividad se llama, conociendo otros mundos, la finalidad principal es conocer la dinámica familiar, social e institucional que tenemos todos y cada uno de nosotros; es decir, lo que a mí me caracteriza, lo que me gusta y lo que no, posteriormente, explicar de forma muy simplificada, quiénes son las personas que conforman mi familia, puedo incluir mascotas, así como las personas que conforman mi círculo social o de amigos y las instituciones a las que me encuentro inscrito”.

“Cada uno de los círculos representa algo en particular; el círculo central los representa a cada uno de ustedes, (nombre, edad, color, música, película, comida, hobby, y deporte preferido así como las cosas que más me desagradan; el siguiente círculo representa a su familia, (integrantes que la conforman, edades de cada uno de ellos, y mascotas, si las llegasen a tener), el siguiente representa su círculo social, (amigos más cercanos o con los que tienen mayor interacción, sí practican o pertenecen a algún club deportivo), el último círculo es el de las instituciones, (sí cuentan con algún tipo de seguro social, médico, popular, cruz roja u otra, y, si pertenecen a algún tipo de religión, ahí tendrán que especificar si acuden a alguna iglesia o templo)”.

Una vez explicado el círculo y sus apartados, la educadora para la salud se presentará nuevamente, guiándose por cada uno de los apartados, con la finalidad de que ejemplifique a los alumnos cómo es que se debe de llenar cada uno de ellos.

Posteriormente, se les pedirá a los alumnos que en la hoja dónde dibujaron el círculo comiencen a llenarlo según sea el caso, pueden utilizar colores para dibujar o solamente colocar nombres y/o palabras que logren identificar para que posteriormente lo expliquen.

Es importante que se haga mención a los alumnos que si tienen dudas y/o preguntas, la educadora estará para resolverlas en la medida de lo posible.

Una vez que los alumnos hayan terminado de llenar el círculo, se les pedirá que pasen cada uno de ellos para que expliquen su actividad. Se les pedirá al resto de los alumnos que guarden silencio y presten atención a cada uno de sus compañeros, y sobre todo que brinden respeto a cada uno de ellos.

Se brindará un tiempo determinado para que cada uno de los alumnos pase a explicar su actividad.

Una vez que todos los alumnos hayan pasado a explicar su dibujo, se abrirá una sesión de preguntas. La pregunta inicial para el grupo será “¿Alguno de ustedes conocía todas estas características del círculo de alguno de sus compañeros?”; se le pedirá a tres alumnos que respondan esta pregunta y que posteriormente den su punto de vista respecto a la actividad.

Finalmente, la educadora pedirá a los alumnos que entreguen su actividad para dar paso al cierre de la sesión.

### **Cierre:**

La educadora, a manera de conclusión, podrá decir lo siguiente: “Es importante, en primer momento, conocernos a nosotros mismos, identificar qué es lo que me gusta y apasiona y qué es lo que me causa desagrado; conocerme a mí mismo es la base primordial para tener un mejor desempeño en los diferentes ámbitos de la vida, saber qué es lo que quiero y lo que no, hará que tome en cuenta mis ideales y mis principios, así como también me ayudará a saber con quién y a dónde dirigirme si tengo alguna duda sobre mí y mi alrededor. Con esta actividad nosotros podemos identificar las fortalezas y debilidades con las que cuento dentro de mi entrono personal, familiar, social e institucional”.

La educadora preguntará a los alumnos, a manera de reflexión, “¿A quién de estas personas o instituciones que se encuentran en mi circulo puedo acudir si necesito información sobre mi sexualidad? Y se dará paso al cierre de la sesión.



## **Manual del programa para fomentar la postergación de la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria.**

SESIÓN 2 DE 7

**TEMA: Proyecto de vida.**

**SUBTEMA:** Lo que deseo para “el mañana”.

**OBJETIVO GENERAL:** Diseñar un proyecto de vida tomando en cuenta las principales características e ideales que tiene cada alumno.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Conocer las características del proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo. Sensibilizar a los estudiantes como seres transformadores de su propia realidad con capacidades de autorreflexión.

### **DESARROLLO**

Para la segunda sesión, es importante mencionar a los alumnos el tema que se abordará así como los objetivos que esperamos alcanzar de la misma, de esta manera, los alumnos tendrán un panorama más amplio sobre la sesión.

Es indispensable generar un ambiente de confianza, cordialidad y respeto entre la educadora y los alumnos en todo momento, ya que durante las sesiones se trabajarán temas de suma importancia que les ayudaran a afrontar diversas situaciones en la vida diaria.

Para comenzar con la sesión, se preguntará a los alumnos lo siguiente: ¿Alguien sabe o a escuchado sobre qué es un plan de vida?

Si los alumnos responden que “sí”, se les pedirá a los que tienen un poco de noción sobre el tema, que expliquen, uno a uno, qué es lo que saben respecto al proyecto de vida, para que de esta manera, sus demás compañeros se vayan familiarizando con él tema; si los alumnos responden que “no”, la educadora se encargará de brindar la información pertinente.

En ambos casos, la educadora deberá brindar la información completa respecto al tema de “proyecto de vida”; se les debe explicar a los alumnos ¿qué es un proyecto de vida?, ¿en qué consiste?, ¿cómo se encuentra dividido?, y ¿qué o quiénes integran el proyecto de vida?

En todo momento, el diálogo con los alumnos debe de estar abierto, ya que esto ayudara a que expresen sus ideales.

### **Explicación del “proyecto de vida”**

“Un proyecto es un **plan que se idea de lo que se desea hacer en la vida. Es aquello que una persona se traza con el fin de conseguir uno o varios propósitos** y se asocia al concepto de realización personal, donde lleva a las personas a **definir conscientemente las opciones que puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone**”.

“Para elaborar el proyecto es importante una reflexión acerca de nuestra vida actual (ahí la importancia de la actividad “conociendo otros mundos”, donde explicamos quien soy, como soy, que hago, etc.) y tomar en cuenta deseos **a nivel personal (afectivo y social), familiar y laboral** tales como pareja, profesión, familia, lugar y tipo de vivienda, número de hijos, valores, entre otros; de esta manera nos ubicaremos en el futuro planteándonos fines a corto plazo: menos de un año, mediano plazo: de uno a cinco años y largo plazo: más de cinco años, para tener una idea de quien seré, como seré, que quiero hacer, etc.”

Una vez que se haya concluido con la explicación del tema, la educadora dibujará en el pizarrón un cuadro que deberá contener lo siguiente:

	<b>PERSONAL</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>PROFESIONAL</b>
<b>CORTO PLAZO</b> <b>(Menos de un</b> <b>año)</b>			
<b>MEDIANO PLAZO</b> <b>(De uno a cinco</b> <b>años)</b>			
<b>LARGO PLAZO</b> <b>(Más de cinco</b> <b>años)</b>			

Es importante que se abra una sesión de preguntas para reforzar la información con los alumnos, de esta manera, ellos podrán realizar la actividad indicada.

Posteriormente, se les pedirá a los alumnos que en una hoja blanca o de su cuaderno, realicen el cuadro, mismo que tendrán que llenar con los datos correspondientes a su proyecto de vida.

Una vez concluida la actividad, se les pedirá a 3 de los alumnos, que de manera voluntaria expliquen frente al grupo su trabajo, (si existe mayor participación podrán pasar hasta 10 alumnos), se les brindara un tiempo determinado a cada uno de ellos.

Posteriormente, ya que los alumnos hayan terminado de explicar su trabajo, se les pedirá a todos, que lo entreguen a la educadora.

### **Cierre:**

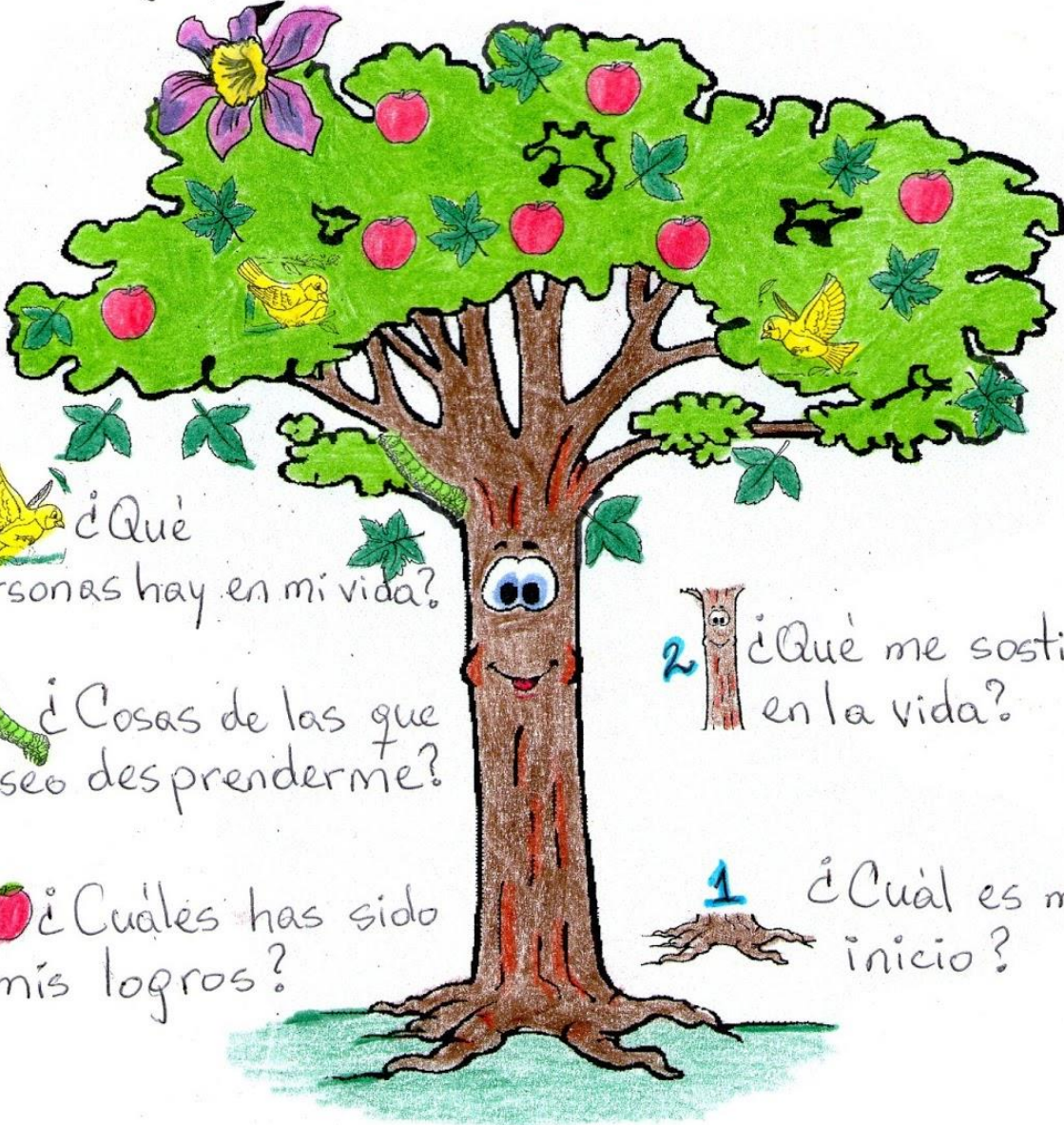
Finalmente, se les explicara el proyecto de vida plasmado en un árbol; dicho árbol contiene preguntas más concretas referentes al tema, tales como: ¿cuál es mi inicio?, ¿qué me sostiene en la vida?, ¿cuáles son mis anhelos?, ¿qué cosas bonitas tengo para dar?, ¿qué personas hay en mi vida?, ¿cosas de las que deseo desprenderme?, ¿cuáles han sido mis logros? y ¿qué deseo hacer con mi vida en el futuro?, mismas preguntas que la educadora responderá a manera de que los alumnos se guíen para responder las preguntas.

La educadora repartirá a cada uno de ellos el siguiente material:

# Mi Proyecto de Vida.

4 🌸 ¿Qué cosas bonitas tengo para dar?

3 🌿 ¿Cuáles son mis anhelos?



5 🐦 ¿Qué personas hay en mi vida?

6 🥒 ¿Cosas de las que deseo desprenderme?

7 🍏 ¿Cuáles has sido mis logros?

2 🌳 ¿Qué me sostiene en la vida?

1 🌱 ¿Cuál es mi inicio?

8 ★ ¿Qué deseo hacer con mi vida en el futuro?

Se les pedirá a los alumnos que en una hoja blanca o de su libreta, respondan a cada una de las preguntas.

Una vez que los alumnos hayan terminado, se les dará un tiempo determinado para que pasen de manera voluntaria a explicar su trabajo.

Se dará por concluida la sesión; se recomienda que esta actividad se la queden los alumnos para que puedan leerla cada vez que ellos lo consideren necesario, ya que es importante que recuerden que esas preguntas podrán guiarlos en la elaboración y/o renovación de su proyecto de vida.





## **Manual del programa para fomentar la postergación de la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria.**

SESIÓN 3 DE 7

**TEMA: Toma de decisiones**

**SUBTEMA:** Aprendiendo a decir “NO”

**OBJETIVO GENERAL:** Proponer estrategias que permitan a los alumnos tomar decisiones que favorezcan el aplazamiento de las relaciones sexuales.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Diseñar un plan estratégico que permita a los alumnos conocer sus fortalezas y debilidades al momento de tomar decisiones en torno a las relaciones sexuales.

### **DESARROLLO**

Para comenzar la sesión es importante mencionar a los alumnos el tema que se abordará, así como los objetivos que se esperan alcanzar de la misma, de esta manera, los alumnos tendrán un panorama más amplio sobre el tema a tratar.

Es indispensable generar un ambiente de confianza, cordialidad y respeto entre la educadora y los alumnos en todo momento, ya que durante la sesión se abordaran técnicas y estrategias que les ayudarán a los alumnos a fomentar la procastinación/abstinencia de las relaciones sexuales a temprana edad.

Para la primera actividad la educadora entregará a los alumnos el siguiente material:

(La hoja de “practicar la abstinencia requiere estrategia” se la quedarán los alumnos).

## PRATICAR LA ABSTINENCIA REQUIERE ESTRATEGIA

ESTRATEGIA	ACCIONES
<b>Ten claras las razones por las cuales deseas esperar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Haz una lista de tus razones. Habla al respecto con una persona que te apoye.</li> <li>■ Revisa tu lista de vez en cuando para recordarlas.</li> </ul> <p>Ten un plan</p>
<b>Ten un plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Conoce las situaciones que pueden hacerte difícil mantener tu decisión.</li> <li>■ Decide con antelación lo que vas a hacer para evitar tales situaciones o enfrentarte a ellas, tal como irte cuando te presionen para tener relaciones sexuales.</li> </ul>
<b>Tente admiración</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Puede ser difícil nadar contra la corriente y poner en práctica tus propias decisiones. Reconoce tu mérito. ¡Te lo mereces!</li> </ul>
<b>Nota las presiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Presta especial atención a las sugerencias que hay en la música, los videos y las películas que te dicen que tengas relaciones sexuales.</li> </ul>
<b>Consigue apoyo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sal con amigos que conozcan y respeten tus decisiones.</li> <li>■ Evita a las personas que puedan presionarte.</li> <li>■ Si te presionan, amenaza con decírselo a una persona con autoridad (un familiar o la policía).</li> </ul>
<b>Pon en práctica tus capacidades de comunicación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aprende a decir "¡No!" enérgicamente o "No, no, no" repetidas veces.</li> <li>■ Da una razón tal como "No me siento preparada/o" o "He decidido esperar hasta después de alcanzar mis metas académicas".</li> <li>■ Da vuelta la tortilla: "Dices que si te amara lo haría, pero si realmente me amaras, tú no insistirías".</li> </ul>

## **Explicación:**

En el primer apartado tenemos la estrategia “**Ten claras las razones por las cuales deseas esperar**”, es importante que tengas en cuenta todas las razones, (por muy pequeñas o insignificantes que tú creas que son) por las cuáles deseas esperar a tener relaciones sexuales, puede ser que desees esperar porque tienes miedo de las consecuencias, porque no tienes suficiente información respecto al tema, incluso porque creas que se darán cuenta en tu casa; cualquier motivo que te impulse a esperar, es bueno. También es importante que hables con una persona que te pueda orientar o que te inspire confianza respecto al tema. Procura revisar tu lista de vez en cuando, pueden seguir surgiendo razones por las cuáles desees esperar.

Como segundo punto tenemos “**Ten un plan**”, en este punto, es de suma importancia tomar en cuenta todas aquellas situaciones que nos puedan hacer vulnerables ante una persona que nos pide o exige tener relaciones sexuales y las acciones que nosotros tendríamos para alejarnos de la persona y/o la situación. Es importante tener un plan ante cualquier situación, pero sobre todas las cosas, no olvides que ¡no estás solo!, pide ayuda quién más confianza le tengas y recuerda que ¡nadie puede obligarte a tener relaciones sexuales sin tu consentimiento!

El tercer punto es “**Tente admiración**”, podría resultarnos un poco difícil el mantener una decisión firme o un plan, si la gente (amigos) que nos rodea no lo tienen o va contra corriente, más cuando esas mismas personas te presionan a cambiar tu ideología solo “para estar a la moda” o “para que sepas que se siente”, ¡No hagas caso!, tú tienes un plan, tienes un proyecto de vida, y sabes que tu deseo es esperar, reconoce tu esfuerzo y aléjate si lo consideras necesario.

Como cuarto punto se encuentra “**Nota las presiones**”, precisamente hablamos de eso en el punto anterior, tanto la música que escuchamos, los videos que observamos en las redes sociales, las películas y las personas que nos rodean tendrán mensajes diferentes para nosotros, que nos harán sentir curiosidad por lo

que existe dentro de las relaciones sexuales, ten calma, recuerda que tienes un plan.

**“Consigue apoyo”**, de eso trata el quinto punto, sal con amigos que conozcan y respeten tus decisiones, habrá quien tenga los mismos ideales que tú y aprenderán a respetarse entre sí, evita a las personas que puedan presionarte a tomar una decisión que se interponga con tus ideales, y si te presionan, amenaza con decírselo a una persona con autoridad (un familiar o incluso la policía).

**“Pon en práctica tus capacidades de comunicación”**, es muy importante que seas capaz de decir ¡No!, en cualquier momento de tu vida, no intentes complacer a alguien que sólo busca perjudicarte; a veces resulta difícil porque incluso nos pueden chantajear con el famoso “si no quieres, terminamos” o “solo poquito, no pasa nada”, da vuelta la tortilla y di "dices que si te amara lo haría, pero si realmente me amaras, tú no insistirías", puedes incluso dar una explicación sobre que aún no estás preparado/a o simplemente alejarte; recuerda, ¡nadie puede obligarte a hacer algo que no quieres!...

Una vez que la educadora haya concluido de brindar la explicación de la actividad, es importante que se abra una lluvia de ideas con los alumnos, en donde ellos deberán dar algunos consejos u opiniones sobre la elaboración del plan; es importante que tomen en cuenta que pueden acudir con algún adulto o experto de la salud que le pueda ayudar a resolver sus dudas en cuanto a su sexualidad y el ejercicio de la misma.

### **Cierre:**

En base a la hoja de “practicar la abstinencia requiere estrategia”, “conociendo otros mundos”, y “proyecto de vida”, se les explicará a los alumnos cómo realizar un “FODA”, en donde ellos plasmaran las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que considere que tiene cada uno respecto al inicio de la vida sexual a temprana edad.

Se les pedirá a los alumnos que en una hoja blanca o de su libreta realicen el siguiente cuadro:

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>

Una vez que los alumnos hayan terminado de dibujar el cuadro, la educadora les explicará la finalidad del mismo.

**Explicación:**

“Este cuadro se llenará tomando en cuenta las actividades de “conociendo otros mundos”, “proyecto de vida” y “practicar abstinencia requiere estrategia”. En el apartado de “Fortalezas” colocaremos todas aquellas cualidades que cada uno tiene para practicar de manera efectiva la abstinencia; es decir, puedo colocar que sé decir ¡No!, cuando algo no me parece, o que sé cumplir con mis promesas. En el apartado de “Oportunidades” colocaré todas aquellas que me permitan cumplir con mi objetivo, por ejemplo, que en la escuela me brindan información sobre sexualidad y el cuidado de mi salud, o que en mi seguro o clínica puedo pedir información sobre el tema, incluso, que la relación que llevo con mis padres me permite preguntarles cosas sin miedo a que me juzguen o me regañen. En el apartado de “Debilidades” colocaremos todas las situaciones a las que yo, como persona, soy muy vulnerable, como por ejemplo, que me cuesta decir ¡No!, que me convencen muy rápido, o que me cuesta mantener mis ideales. Y en el apartado de Amenazas colocaremos todas aquellas situaciones y/o personas que me pondrían en riesgo de tomar una mala decisión, por ejemplo, que me insista mucho mi pareja y en un momento de debilidad acceda a sus peticiones, o que no sepa poner un alto a la situación”.

Es importante que el dialogo entre la educadora y los alumnos quede abierto por si surgen algunas dudas y/o comentarios.

Se les brindará un tiempo determinado para que realicen la actividad.

**Cierre:**

Una vez que los alumnos hayan concluido con la actividad, la educadora solicitará de manera voluntaria, que pasen a exponer sus trabajos. Es importante solicitar la atención y el respeto por los compañeros de clase.

Ya que los alumnos hayan pasado a exponer sus trabajos, se les pedirá que lo entreguen y se dará paso a las conclusiones.

Finalmente, se dará por terminada la sesión.



**Manual del programa para fomentar la postergación de la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria.**

SESIÓN 4 DE 7

**TEMA:** A ciegas nada.

**SUBTEMA:** Cadena de relaciones.

**OBJETIVO GENERAL:** Ejemplificar la trayectoria sexual de las personas mediante una actividad lúdica.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Dramatizar cómo es que las relaciones sexuales con múltiples personas y sin la debida protección pueden afectar diferentes ámbitos de la vida.

**DESARROLLO**

En esta cuarta sesión, es importante que se genere un ambiente de disciplina, respeto y cordialidad entre los alumnos y la educadora, ya que durante las actividades se abordarán temas sobre el inicio de las relaciones sexuales con múltiples parejas y sin protección, así como el VIH/SIDA.

Como primer punto es importante mencionar a los alumnos el tema que se trabajará, así como los objetivos de la sesión.

Para comenzar con la sesión, se les pedirá a los alumnos que se sienten formando un círculo, con la finalidad de que todos puedan observarse.

Se les preguntará a los alumnos qué es lo que saben respecto al VIH/SIDA; es importante que el dialogo entre los alumnos y la educadora quede abierto ante cualquier duda y/o aclaración.



Se hará una lluvia de ideas con el tema, ellos tendrán que mencionar qué es lo que saben respecto a formas de transmitirlo, si existe cura o no, los signos y síntomas, factores de riesgo, o cualquier otra cosa de lo que ellos tengan conocimiento.

En el pizarrón o en un papel bond, la educadora colocará todas las ideas que le proporcionen los alumnos; una vez que consideren haber abarcado todo lo referente al tema, la educadora procederá a dar la explicación del mismo

### **Explicación:**

\*¿Qué es?: “El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de defensa contra las infecciones y contra determinados tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias e impide el normal funcionamiento de la inmunidad, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia.

La inmunodeficiencia aumenta el riesgo de contraer numerosas infecciones, cánceres y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir.

La fase más avanzada de la infección por el VIH es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida que, en función de la persona, puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse. Las personas que padecen sida pueden contraer ciertos tipos de cáncer e infecciones o presentar otras manifestaciones clínicas de gravedad.

\*Signos y síntomas: Muchos infectados ignoran que son portadores hasta fases más avanzadas. A veces, en las primeras semanas que siguen al contagio la persona no manifiesta ningún síntoma, mientras que en otras ocasiones presentan gripe con fiebre, dolor de cabeza, erupciones o dolor de garganta.

\*Transmisión: El VIH se transmite a través del intercambio de determinados líquidos corporales de la persona infectada, como la sangre, la leche materna, el

semen o las secreciones vaginales; por vía perinatal, que abarca todas las posibilidades de contagio que pueden ocurrir durante el periodo de gestación, labor, parto y la exposición a leche materna durante el postparto.

No es posible infectarse en los contactos ordinarios cotidianos como los besos, abrazos o apretones de manos o por el hecho de compartir objetos personales, agua o alimentos.

\*Factores de riesgo: Tener relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo; padecer otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana; compartir agujas, jeringuillas, soluciones de droga u otro material infectivo contaminado para consumir drogas inyectables; recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas o trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado.

\*Prevención: Uso de preservativo (masculino y femenino), Pruebas de detección de VIH.

\*Periodo de ventana: Dependiendo del tipo de prueba que se realice, los periodos de ventana pueden variar; tomando en cuenta esto, lo aconsejable sería hacer la prueba, pasadas las 4 primeras semanas (16 a 18 días) del contacto de riesgo.”

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Una vez concluida con la explicación, se les preguntará a los alumnos si tienen alguna duda, comentario o sugerencia; es importante resolver las dudas que lleguen a tener para que al mismo tiempo, ellos sean capaces de transmitir este conocimiento.

Posteriormente, se les entregara material a los alumnos: un globo, un plumón y un paliacate o pañoleta.

**Actividad:**

Antes de comenzar con la actividad, se escogerá a 10 alumnos al azar y se les dará un papelito, el cual tendrá una situación como: VIH, SIDA, embarazo no planificado y persona bisexual. Se les pedirá a estos alumnos que no lean el papel ni le mencionen al resto de los alumnos que lo tienen, hasta haber concluido con la actividad.

Posteriormente, se les explicará a los alumnos cómo se llevará a cabo la dinámica.

**Explicación:**

La educadora deberá solicitar el mayor respeto posible a los alumnos, así como la participación activa y respetuosa de cada uno de ellos.

La educadora podrá decir lo siguiente:

“En esta dinámica, se ejemplificará cómo es que suele ser, en algunas ocasiones, la trayectoria sexual de las personas, es necesario que para esta actividad inflen el globo que les acabo de dar y lo amarren, posteriormente deberán levantarse de sus asientos y tendrán que pararse al centro del círculo que formaron con las sillas.

Una vez que todos estén en el centro, deberán vendarse los ojos con el paliacate o la pañoleta; es importante que no vean absolutamente nada. Ya que lo hayan hecho, comenzarán a caminar por todo el centro del círculo.

Con cada una de las personas con las que choquen, deberán pararse, quitarse la venda de los ojos, ver con quién chocaron y escribir el nombre de la persona con la que chocaron en el globo. Deberán colocarse el paliacate nuevamente y continuar su recorrido; tendrán un tiempo determinado para esta actividad, y con cada persona que choquen deberán apuntar su nombre en el globo”.

Se dará inicio a la actividad, la educadora deberá cuidar que la actividad se lleve a cabo de manera correcta.

Una vez que haya concluido el tiempo de la actividad se les pedirá a los alumnos que se quiten el paliacate de los ojos y que regresen a sus asientos para dar paso a la siguiente actividad.

**Actividad:**

Se le pedirá a cada uno de los alumnos que se les dio el papel al iniciar la actividad que digan su nombre en voz alta y lo que está escrito en el papelito.

La educadora deberá escribir en el pizarrón el nombre de cinco de ellos junto con la situación de su papelito y los nombres de las personas que tienen escrito en su globo; posteriormente, escogerá al azar a tres alumnos del grupo para que den su nombre y los nombres de las personas que tienen escritas en su globo.

Posteriormente, la educadora comenzará a hacer la relación de las personas con las que cada uno chocó y observarán cuantos nombres se repiten en los ocho conectores principales.

Se les explicará a los alumnos que, a manera de simulación, la actividad representa las relaciones sexuales sin protección que suelen tener las personas y el enlace que existe entre estas. Los nombres de las personas que tienen escritos en su globo, son las personas con las que tuvieron relaciones sexuales sin protección, y que los primeros 5 alumnos que tenían papelito, afectaron a sus compañeros con las situaciones que tenían escritas (VIH, SIDA, embarazo no planificado, persona bisexual), es decir, que algunos terminaron infectados con VIH/SIDA, algunas mujeres quedaron embarazadas o en su defecto, los hombres embarazaron a alguien, y que las personas bisexuales corren el mismo riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual, así como de un embarazo no planificado.

Para todos los casos, la actividad representa la primera relación sexual que tuvieron.

Posteriormente se dará paso al cierre de la sesión.

**Cierre:**

Se les explicará a los alumnos las consecuencias que conlleva el comenzar las relaciones sexuales a temprana edad sin protección y con diferentes personas, y cómo estas afectan los diferentes ámbitos de la vida, como por ejemplo, el proyecto personal que cada uno tiene

Se les pedirá a los alumnos que den algunos comentarios de la sesión, y que expliquen cómo es que el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad y sin protección afectarían los diferentes ámbitos de su vida y su entorno.

Finalmente, se dará por concluida la sesión.



**Manual del programa para fomentar la postergación de la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria.**

**SESIÓN 5 DE 7**

**TEMA:** Identificando factores de riesgo.

**SUBTEMA:** Actuando por mi bienestar.

**OBJETIVO GENERAL:** Ejemplificar la importancia de la toma de decisiones en los diferentes ámbitos de la vida.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Demostrar, con ayuda de dos casos, cómo es que la toma de decisiones puede afectar los diferentes ámbitos de la vida.

**DESARROLLO**

Para la quinta sesión es importante mencionar a los alumnos el tema que se abordará así como los objetivos que esperamos alcanzar de la misma, de esta manera, los alumnos tendrán un panorama más amplio sobre la sesión.

Es indispensable generar un ambiente de confianza, cordialidad y respeto entre la educadora y los alumnos en todo momento, ya que durante la sesión se abordarán temas que son de suma importancia para afrontar diferentes ámbitos de la vida.

Como primer punto, se comenzará haciendo una lluvia de ideas con los alumnos, referente al tema de “toma de decisiones” que se abordó en la tercera sesión y el tema “proyecto de vida” que se abordó en la segunda sesión.

Se les pedirá a los alumnos que mencionen los puntos que se trabajaron en ambos temas, así como lo que les llamó más la atención; la educadora, en un

papel bond o en el pizarrón, deberá escribir lo que los alumnos le mencionen, con la finalidad de que los alumnos recuerden lo abordado en los temas.

Una vez que los alumnos hayan terminado de hacer la lluvia de ideas se procederá con la actividad

**Actividad:**

Se les dará a conocer a los alumnos, dos casos cortos, en dónde se pondrá a prueba la capacidad que tienen para identificar factores de riesgo en los diferentes ámbitos de la vida.

Se les pedirá que de cada caso escriban en una hoja blanca o de su cuaderno los datos claves del caso, así como los principales factores de riesgo que ellos logren identificar o consideren los más importantes.

**Caso 1:**

“Brenda tiene 14 años, vive con sus papás y su hermana de 17 años. Sus papás trabajan diario y con horarios largos que les impide pasar tiempo con ellas. Su hermana reprobó el tercer año de preparatoria por faltar mucho a la escuela, el motivo; ella se iba de pinta con su novio y acudían a las fiestas en dónde tenían la facilidad de consumir drogas y alcohol, muchas veces la llevaron alcoholizada a su casa sin que sus papas se enteraran.

A Brenda le dio mucha curiosidad ir a las fiestas de su hermana y la convenció para que la llevara... Al día siguiente las dos despertaron en un cuarto sin saber que pasó...

**Caso 2:**

“Alexis tiene 13 años, vive con su papá pero él siempre se la pasa trabajando, por tal motivo, casi no tiene tiempo de platicar con él sobre su vida, ha tenido 2 novias en lo que lleva de la secundaria, con ninguna tuvo relaciones sexuales. Alexis sale en las tardes con sus amigos de “la calle” la mayoría de ellos no estudia, se la pasan en las canchas jugando y drogándose, varias veces le han ofrecido cosas para que se drogue con ellos, pero él no quiere porque tiene miedo de que le pueda pasar algo.

Dentro del grupo de sus amigos, hay una chica que le gusta mucho, él nunca le ha hablado porque no cree ser lo suficientemente interesante para ella, ya que él es más chico que ella y no se droga como el resto del grupo.

Un día, ella lo invitó a tomarse unas cervezas, él accedió porque creía que con las cervezas lo único que podría pasar es que tuviera una resaca muy fuerte al día siguiente, pero pasó algo más que eso...



Una vez que los alumnos hayan terminado de analizar los casos, y de escribir las situaciones de riesgo, se les pedirá que pasen de forma voluntaria a explicar lo que ellos lograron identificar de cada caso.

La educadora, en el pizarrón o en un papel bond, escribirá lo que los alumnos hayan mencionado de cada caso.

Deberá realizar la siguiente tabla para proceder con la explicación y la búsqueda de factores protectores o medidas preventivas:

<b>Caso 1</b>	<b>Caso 2</b>
<b>Factores de riesgo</b>	<b>Factores de riesgo</b>
<b>Factores protectores</b>	<b>Factores protectores</b>

**Explicación:**

“En ambos casos podemos encontrar que la toma de decisiones es de suma importancia en los diferentes ámbitos de la vida, ya que tomar decisiones por presión, para impresionar a alguien o por la emoción del momento nos puede traer consecuencias incluso que nos podrían llevar a la muerte, en el peor de los casos.

Ahora bien, dentro de los factores protectores que podemos encontrar en estos casos y en casos de la vida real, es que el contar con una buena relación en casa nos ayudará a tomar mejores decisiones, así como el tener acercamiento con las diferentes instituciones que se encuentran a cargo de nuestra salud, como lo son los servicios médicos y de salud con los que cuenta cada uno de ustedes”.

**Cierre:**

La educadora deberá abrir sesión de preguntas y respuestas, así como de comentarios respecto a la actividad.

Una vez que se haya concluido, la educadora dará paso al cierre de la actividad.



## **Manual del programa para fomentar la postergación de la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria.**

### **SESIÓN 6 DE 7**

**TEMA:** Uso correcto del condón.

**SUBTEMA:** El condón para la vida.

**OBJETIVO GENERAL:** Demostrar la forma correcta de colocar el condón masculino y femenino.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Explicar las ventajas de usar condón en las relaciones sexuales.

### **DESARROLLO**

Para comenzar la sesión es importante mencionar a los alumnos el tema que se abordará, así como los objetivos que se esperan alcanzar de la misma, de esta manera, los alumnos tendrán un panorama más amplio sobre el tema a tratar.

Es indispensable generar un ambiente de confianza, cordialidad y respeto entre la educadora y los alumnos en todo momento, ya que durante la sesión se abordaran técnicas y estrategias que les ayudarán a los alumnos a comprender las ventajas del uso correcto del condón masculino y femenino dentro de las relaciones sexuales, así como la técnica correcta de cómo usarlo.

Como primer punto, se comenzará haciendo una lluvia de ideas con los alumnos, referente al tema del uso correcto del condón, en dónde ellos deberán colocar los mitos y realidades del uso o no de condón en la primera relación sexual y

posteriores. Deberán mencionar lo que saben a cerca del condón masculino y femenino, así como los riesgos y consecuencias de no usarlos o de un mal uso.

La educadora deberá escribir en el pizarrón o en un papel bond lo que los alumnos mencionen, esto con la finalidad de puntualizar en cada idea que ellos proporcionen para desmitificar o incluso brindar mayor información respecto a eso.

Para eso, la educadora deberá realizar el siguiente cuadro:

**Mitos y realidades sobre el uso del condón masculino y femenino**

**Mitos**

**Realidades**

Una vez que los alumnos hayan terminado de dar sus aportaciones a la dinámica, la educadora se encargara de brindar información sobre lo que los alumnos mencionaron; la información que se les brinde a los alumnos deberá incluir: efectividad del uso correcto del condón masculino y femenino, infecciones que protegen si se usan adecuadamente y los pasos a seguir para ayudar a aumentar su efectividad.

En todo momento el dialogo con los alumnos debe quedar abierto, ya que es de suma importancia el intercambio de información que se pueda dar entre la educadora y los alumnos.

Posteriormente se dará paso a la siguiente actividad.

**Actividad:**

Para la siguiente actividad se necesitan condones masculinos, condones femeninos y los modelos de un pene y una vulva de silicón para enseñar a los alumnos la técnica correcta del uso del condón.

Como primer paso se escogerán a cinco alumnos al azar para que pasen a explicar, conforme ellos sepan o crean, los pasos a seguir para colocar un condón masculino; para ello deberán utilizar el modelo del pene de silicón para colocar y retirar el condón. La educadora deberá dejar a los alumnos que lo hagan como ellos lo consideren correcto, posteriormente, la educadora se encargara de brindar la información correcta.

Una vez que se haya concluido con la actividad del condón masculino, se procederá a hacer la misma dinámica pero con el condón femenino y el modelo de la vulva de silicón.

Ya que los alumnos hayan concluido de realizar la actividad, la educadora procederá a explicar los pasos para el uso correcto del condón masculino y femenino.

## **Explicación:**

### **Uso correcto del preservativo masculino:**

- Lava tus manos antes de manipular el condón.
- Revisa la fecha de vencimiento del preservativo. Puede tener de 2 a 4 años posteriores al año en el que nos encontramos.
- Usarlo desde el comienzo de la relación sexual. Ya que el pene se encuentra erecto.
- Abrir el sobre con cuidado para que no se rompa el preservativo. No utilizar elementos cortantes ni abrirlo con los dientes.
- Apretar la punta del preservativo para sacar el aire antes de apoyarlo en el pene erecto porque, si queda inflada, se puede romper durante la relación. Puedes desenrollarlo un poco, apretar la punta para sacar el aire y dar dos o tres giros para evitar que vuelva a entrar el aire.
- Colócalo en la punta del pene y comienza a desenrollarlo hasta la base del pene, cuidando que no quede inflada la punta.
- No usar vaselina, aceite o crema de manos porque éstos pueden dañar el preservativo. Usar lubricantes a base de agua que se venden en las farmacias y están disponibles en los hospitales y centros de salud ya que suelen ser recomendables sobre todo para sexo anal.
- Luego de la eyaculación, retirar el preservativo, con ayuda de papel higiénico, con el pene todavía erecto. Tener cuidado de que no se derrame el semen.
- Envolver el condón con el papel. No amarrar el condón.
- Tirarlo a la basura. No a la taza del baño o coladeras.
- El preservativo debe ser usado una sola vez.



## Uso correcto del preservativo femenino:

- Lava tus manos antes de manipular el condón. Evita tener las uñas largas o anillos.
- Revisar la fecha de vencimiento del preservativo. Puede tener de 2 a 4 años posteriores al año en el que nos encontramos.
- Toca el envase con las yemas de los dedos para verificar que haya lubricante en su interior.
- Abre el envoltorio con cuidado para que no se rompa.
- Colócate en una posición cómoda: puede ser acostada, en cuclillas, con una pierna sobre una silla, o como te sientas mejor.
- Con una mano, deberás realizar la forma de un 8 o un infinito con el aro pequeño, ese aro es el que introducirás dentro de la vagina
- Ya en posición de colocarlo, con la otra mano separarás los labios de la vagina, para que pueda entrar de manera más fácil el aro pequeño.
- Ya que haya entrado el aro, coloca el dedo índice o medio dentro del preservativo para empujar el aro hacia adentro de la vagina todo lo que puedas. El aro más grande quedará afuera de la vagina.
- Verifica que el aro grande cubra en su totalidad la parte de la vulva. (labios menores y labios mayores).
- Ahora el preservativo femenino está en una posición correcta para poder usar con tu pareja.
- Guía suavemente el pene de tu pareja hacia la abertura del preservativo con tu mano para asegurarte que ingrese correctamente.
- Para retirar el preservativo, con ayuda de papel higiénico, gira el aro que queda afuera y retíralo suavemente con cuidado de que no se derrame el semen.
- Envuelve el preservativo en el papel higiénico. Tíralo a la basura, no al inodoro o coladeras.

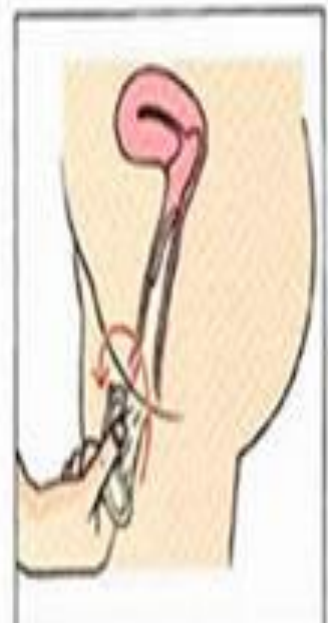
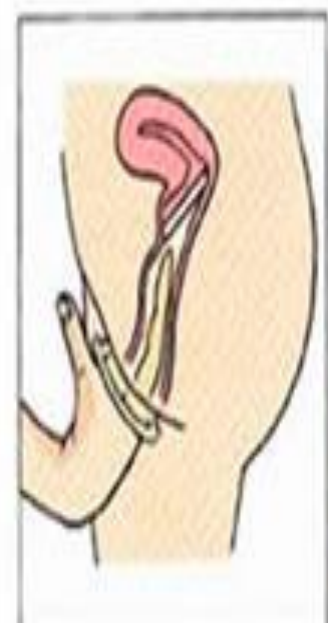
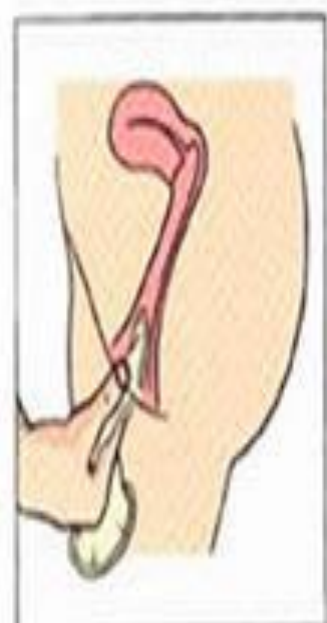
\*Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC. Recupedado en:  
<http://www.msal.gob.ar/sida/index.php/informacion-general/vih-sida-its-y-hepatitis-virales/uso-del-preservativo#masculino>

Una vez que la educadora haya concluido con la explicación sobre el uso correcto del condón masculino y femenino, se abrirá una sesión de preguntas y respuestas para verificar que los pasos a seguir hayan quedado claros para los alumnos.

Posteriormente, la educadora pedirá a los alumnos, de forma voluntaria que pasen a realizar la técnica correcta con la información que se les proporcionó

**Cierre:**

Finalmente, se dará por concluida la sesión.





## **Manual del programa para fomentar la postergación de la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria.**

SESIÓN 7 DE 7

**TEMA:** Recordando lo aprendido

**SUBTEMA:** Yo frente al mundo.

**OBJETIVO GENERAL:** Evaluar los conocimientos de los adolescentes.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Calificar las sesiones por medio de una evaluación por parte del educador para con los adolescentes,

### **DESARROLLO**

Para comenzar la sesión es importante mencionar a los alumnos el tema que se abordará así como los objetivos que esperamos alcanzar de la misma, de esta manera, los alumnos tendrán un panorama más amplio sobre la sesión.

Es indispensable generar un ambiente de confianza, cordialidad y respeto entre la educadora y los alumnos en todo momento, ya que durante la sesión se abordarán temas que son de suma importancia para afrontar diferentes ámbitos de la vida.

Como primer punto, se les pedirá a los alumnos que se sienten formando un círculo alrededor del salón de clases. Una vez que los alumnos ya se encuentren sentados, la educadora le proporcionará un globo y un plumón a cada uno.

Posteriormente, los alumnos deberán inflar el globo, amarrarlo y ponerle su nombre en algún lugar visible.

## **Explicación:**

“A lo largo de las sesiones se abordaron temas que son de mayor importancia e interés para cada uno de ustedes, algunas cosas las desconocían y otras más ya las sabían, incluso me enseñaron a mí a ver las cosas desde otra perspectiva; en ese momento, de intercambio de información, pusimos en práctica nuestra capacidad de comunicarnos con las demás personas sin perder de vista nuestro criterio.

Como pudieron observar, también aprendimos cosas nuevas de nuestros compañeros de clase, que, a pesar de convivir diariamente en el salón, no nos hemos dado la oportunidad de platicar sobre cosas personales, o simplemente, cosas que nos apasionan a cada uno de nosotros.

En el globo que les acabo de dar, una vez que ya le hayan puesto su nombre, lo deberán pasar hacia el lado derecho de ustedes, cada persona a la que le vayan pasando el globo, deberá escribir alguna cualidad del compañero del que tienen el globo, pueden escribir que les gusta que son responsables, o que les gusta cómo se expresa con los demás, que es buena o buen amigo; cualquier cualidad y cosa buena que le tengan que decir a su compañero o compañera, y que por pena o alguna otra razón no lo han hecho, ahora lo harán, pero en ese globo.

La actividad termina hasta que el globo llegue al dueño”.

(Es importante solicitar el respeto de los alumnos para con sus demás compañeros, y recalcar que cualquier persona que escriba algo ofensivo hacia algún compañero tendrá una pequeña sanción).

Una vez que el globo haya regresado al dueño se les pedirá que pasen 10 alumnos de forma voluntaria a leer lo que escribieron en su globo; ya que hayan concluido se dará paso a la siguiente actividad.

Se les pedirá a los alumnos que en una hoja de su cuaderno o una hoja blanca, de igual manera, le pongan su nombre en la parte superior. Deberán pasarla, ahora del lado izquierdo, y deberán poner algo referente a los temas que se abordaron

en las sesiones. De igual forma, la actividad concluye hasta que la hoja llegue al dueño.

Una vez que cada alumno tenga su hoja, se realizará una lluvia de ideas con todo lo que ellos encuentren en sus hojas, esto con la finalidad de hacer un amplio recordatorio sobre los temas abordados durante las sesiones.

Es importante que la educadora abra el dialogo constante con los alumnos, ya que servirá de apoyo para generar una retroalimentación y resolver las posibles dudas que llegasen a surgir.

La educadora deberá escribir las ideas en el pizarrón o en un papel bond, para que los alumnos sean capaces de hacer la relación de los temas abordados.

Una vez que se hayan resuelto las posibles dudas de los alumnos, se dará paso al cierre de la sesión.

#### **Cierre:**

Finalmente, la educadora concluirá con las actividades de la intervención, pudiendo decir lo siguiente...

#### **Despedida con los alumnos:**

“Con esta última sesión se da paso al cierre de la intervención sobre el **“programa para fomentar la postergación de la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria”**”

Se agradece la presencia y la valiosa participación de todos y cada uno de ustedes, esperando que las sesiones abordadas a lo largo de la intervención hayan sido de su agrado y, sobre todo, que sirvan de herramientas para que sean capaces de postergar el inicio de sus relaciones sexuales.

### **ANEXO 3 (Formulario de asentimiento y consentimiento informado para 1° grado)**

#### **FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO**

**Título:** Programa para prevenir el inicio de la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria.

**Responsable de la investigación:** Diana Yanin Gutiérrez Meráz, Estudiante de Licenciatura en Educación Para la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de México Centro Universitario UAEM Nezahualcóyotl.

**Lugar:** Escuela Secundaria Oficial no. 209 “Emiliano zapata” ubicada en calle Industrial de las Torres, colonia Ampliación Vicente Villada, Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, C.P. 57710.

Mi nombre es Diana Yanin Gutiérrez Meráz, soy estudiante de la Universidad Autónoma del estado de México en el Centro universitario UAEM Nezahualcóyotl perteneciente a la Licenciatura en Educación Para la Salud.

Me encuentro realizando un trabajo de investigación el cual tiene por objetivo principal evaluar el impacto de un programa para prevenir el inicio de la vida sexual activa a temprana edad en alumnos de primer grado de secundaria, mismos a los que se pretende informar sobre los riesgos y consecuencias que conlleva el iniciar una vida sexual activa a temprana edad y sin protección, así como los beneficios de postergar el inicio de la actividad sexual.

Al mismo tiempo se pretende motivar a los alumnos a postergar el inicio de la actividad sexual a temprana edad.

Si tú estás de acuerdo con que participes en esta investigación, tendrás que hacer lo siguiente: **Deberás estar presente en las pláticas informativas que se llevaran a cabo dentro de tu salón de clases, así como en las actividades planeadas para la realización del programa; dichas pláticas y actividades**

**estarán enfocadas a la prevención del inicio de la vida sexual activa a temprana edad, así como a la detección y prevención de riesgos en las prácticas sexuales a temprana edad.**

Es muy probable que participar te ayude a comprender la importancia que tiene la postergación de la primera relación sexual, así como a identificar las consecuencias y riesgos que conlleva iniciar las prácticas sexuales a temprana edad.

Tu participación es libre y voluntaria, es decir, la decisión es tuya si participas o no en esta investigación.

Las respuestas y resultados del estudio se manejarán anónimamente.

-----

- Si **aceptas** participar, te pido que por favor pongas una X en donde dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si **no quieres participar**, no pongas ninguna X, ni escribas tu nombre.

**Sí quiero participar**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre, apellido y firma del padre/madre/tutor legal.

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## **ANEXO 4 (Formulario de asentimiento informado para 2° grado)**

### **FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO**

**Título:** Programa para prevenir el inicio de la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria.

**Responsable de la investigación:** Diana Yanin Gutiérrez Meráz, Estudiante de Licenciatura en Educación Para la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de México Centro Universitario UAEM Nezahualcóyotl.

**Lugar:** Escuela Secundaria Oficial no. 209 “Emiliano zapata” ubicada en calle Industrial de las Torres, colonia Ampliación Vicente Villada, Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, C.P. 57710.

Mi nombre es Diana Yanin Gutiérrez Meráz, soy estudiante de la Universidad Autónoma del estado de México en el Centro universitario UAEM Nezahualcóyotl perteneciente a la Licenciatura en Educación Para la Salud.

Me encuentro realizando un trabajo de investigación el cual tiene por objetivo principal evaluar el impacto de un programa para prevenir el inicio de la vida sexual activa a temprana edad en alumnos de secundaria.

Si tú estás de acuerdo con participar en esta investigación, tendrás que hacer lo siguiente:

**Deberás estar presente en tu salón los días 14 de febrero y 11 de abril del año en curso, ya que deberás resolver un cuestionario que se encuentra enfocado a la prevención del inicio de la vida sexual activa a temprana edad, así como a la detección y prevención de riesgos en las prácticas sexuales a temprana edad.**

**Es muy importante que resuelvas los cuestionarios conforme a tu criterio y que tus respuestas no se vean influenciadas por ningún motivo.**

**Puedes estar seguro/a de que toda la información que proporcionas será manejada de forma anónima y confidencial y únicamente será utilizada con fines estadísticos para la investigación.**

Tu participación es libre y voluntaria, es decir, la decisión es tuya si participas o no en esta investigación.

-----

- Si **aceptas** participar, te pido que por favor pongas una X en donde dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si **no quieres participar**, no pongas ninguna X, ni escribas tu nombre.

**Sí quiero participar**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido y firma del encargado/ profesor (a) del grupo.

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_