



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCOYÓTL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

“EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA PREVENIR
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZO NO DESEADO EN LA
ADOLESCENCIA”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

PRESENTA:

BEATRIZ MEJIA CRUZ

ASESOR: DR. JAIME GARCÍA RODRÍGUEZ

NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO; NOVIEMBRE 2014

Agradecimientos

A Dios

Por las oportunidades, bendiciones y por permitirme llegar a esta meta. Guiame siempre por el camino del bien y nunca nos desampares.

A mis padres

*Para quienes han sabido guiar mis pasos, no existe una forma de pagarles una vida llena de lucha, sacrificio, y esfuerzo constante, quiero darles las gracias por ayudarme a hacer posible un logro mas; el cual no será el ultimo pero quizá el mas importante en mi vida, gracias por la fe que depositaron en mi, la comprensión, el cariño y la dedicación, es la herencia mas valiosa que me pudieron dar, gracias por darme todo sin esperar nada a cambio, solo el orgullo de hacer de mi una persona profesionalista, este logro también es de ustedes los *AMC* 😊*

A mis profesores

Gracias por todos los conocimientos que me proporcionaron para culminar esta licenciatura.

A mis amigas y compañeros

Gracias por su amistad, compañía por estar en los momentos bonitos y también en los más difíciles, gracias por su apoyo, consejos y todas las experiencias vividas en el salón de clase ;)

Dedicatoria

A mis padres

José Antonio Mejía Nietes e Isabel Cruz López

Hoy es un gran día, hoy termina un largo camino de sacrificios y desvelos, con todo mi amor y agradecimiento quiero dedicar este logro a ustedes por que representan el amor que me impulso a realizar este sueño; siendo ustedes el principal motivo a lo largo de todo este tiempo y mi inspiración para seguir adelante. Gracias por su paciencia, esfuerzo, amor y apoyo incondicional que siempre me han otorgado.

Con cariño y admiración

Su hija Betty Mejía Cruz

Índice

Capítulo I Planteamiento del problema	
1.1. Objetivos	12
1.1.1. Objetivo general	12
1.1.2. Objetivos específicos.....	12
1.2. Hipótesis.....	12
1.2.1. Hipótesis nula.....	12
1.2.2. Hipótesis alterna.....	12
1.3. Variables.....	12
1.3.1. Variable dependiente:.....	12
1.3.2. Variable independiente.....	13
1.4. Justificación.....	14
Capítulo II Marco teorico	16
2.1. Adolescencia	16
2.2. Educación sexual en la adolescencia.....	19
2.2.1. Antecedentes de la educación sexual en México.....	21
2.3. Antecedentes de la Educación para la Salud (EpS).....	22
2.4. Conductas y prácticas sexuales de riesgo en la adolescencia.....	24
2.5. Infecciones de transmisión sexual.....	25
2.5.1. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual.....	25
2.5.2. Etiología de las ITS	26
2.5.3. Infecciones de transmisión sexual más comunes	28
2.5.4. Datos epidemiológicos	36
2.5.5. Formas de transmisión.....	38
2.5.6. Signos y síntomas.....	38
2.5.7. Factores de riesgo de las ITS.....	39
2.5.8. Consecuencias de las IT	42
2.5.9. Medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual	44
2.6. Embarazo en la adolescencia.....	45
2.6.1. Datos epidemiológicos	46
2.6.2. Factores de riesgo de embarazo adolescente	48
2.6.3. Consecuencias de embarazo adolescente	50
2.6.4. Medidas de prevención de embarazo en la adolescencia	55
2.7. Métodos anticonceptivos.....	57

2.7.1.	Clasificación de los métodos anticonceptivos	59
2.7.2.	Descripción de los métodos anticonceptivos.....	60
2.8.	Modelos y teorías educativas.....	69
2.8.1.	Teoría del aprendizaje significativo	69
2.8.2.	Teoría de la acción razonada TAR	73
2.9.	Intervenciones preventivas	77
	Intervención educativa:	77
2.9.1.	Prevenición:.....	78
2.9.1.1.	Clasificación de prevención según la OMS.....	78
2.9.2.	Descripción de estudios preventivos:	80
	Descripción de estudios preventivos de educación sexual	80
	Descripción de estudios preventivos de ITS	81
	Descripción de estudios preventivos de embarazo en la adolescencia	87
Capítulo III.	Método	
3.3.	Participantes	94
3.4.	Instrumento.....	94
3.7.	Tipo de análisis estadístico.....	96
Capítulo IV	Resultados	97
	Grupo control	97
	Grupo experimental (intervención)	100
Capítulo V	Discusión	105
	Conclusiones	108
	Limitaciones	109
	Propuestas.....	109
	Referencias	111
	Anexos.....	120
	Anexo 1. Carta de presentación.....	120
	Anexo 2 Consentimiento informado	121
	Anexo 3. Instrumento “conocimientos, actitudes y practicas de la sexualidad”	122
	Anexo 4 programa sexualidad.....	126
	Carta descriptiva sesión 1: conceptos básicos: sexo sexualidad y género.....	126
	Carta descriptiva sesión 2: anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino. .	127
	Carta descriptiva sesión 3: mitos y realidades de la sexualidad	128
	Carta descriptiva sesión 4: vinculación afectiva e inicio de las relaciones sexuales.....	129
	Carta descriptiva sesión 5: ciclo menstrual, fecundación y embarazo	130
	Carta descriptiva sesión 6: consecuencias del embarazo adolescente y aborto.....	131

Carta descriptiva sesión 7: Infecciones de transmisión sexual.....	132
Carta descriptiva sesión 8: cultura preventiva (métodos anticonceptivos).....	133
Carta descriptiva sesión 9: toma de decisiones	134
Carta descriptiva sesión 9.1: toma de decisiones (plan de vida)	135

Introducción

La adolescencia se define como la segunda década de la vida, es decir, desde los 10 a los 19 años. En esta etapa el interés sexual se incrementa en la medida que se acelera el desarrollo hormonal y al mismo tiempo se enfrentan opuestas presiones de la familia, los pares y la sociedad en general (Meacham, 1998).

La adolescencia es un período crucial para la salud porque constituye una etapa donde existe un impulso natural a la experimentación de una gama amplia de nuevas actividades que pueden conducir a un alto riesgo para la salud. En estudios recientes algunos aspectos han sido levantados como predictores del uso o de la intención de usar el condón entre adolescentes. Entre ellos estarían las actitudes positivas de hablar sobre prevención en el comportamiento sexual, la auto-eficacia percibida, la norma subjetiva, el auto-concepto positivo y la conciencia del riesgo de contaminación por ITS/SIDA, así como de la importancia del condón en la prevención de ITS y embarazos no planeados. Por otro lado, conflicto en cualquiera de estos aspectos puede representar riesgo para la salud del adolescente, especialmente al considerar que un evento arriesgado, aunque sea aislado, puede comprometer la salud del joven. Asimismo el éxito en la conducta arriesgada puede constituirse en un predictor de la intención de repetición del comportamiento (Goncalves, Catella & Carlotto, 2007).

La adaptación humana se refiere a la estabilidad emocional y de la personalidad de los individuos; hace referencia a la exigencia que tiene el individuo de lograr un ajuste entre sus propias características personales, incluidas sus necesidades y demandas del medio en el que interactúa. Es decir que es una clase de conducta que puede o no constituir un hábito y un estado emocional relacionado con parte de su entorno. Se sugiere la incrementación de factores positivos que influyan en una buena adaptación del adolescente. Estos factores positivos son en cuanto a la relación con los padres, la comunicación familiar respetuosa, afectiva en las familias, así como los padres tienen el deber de estar pendiente de las actividades de sus hijos, de sus amigos y brindarles aceptación, cariño, respeto, comprensión y apoyo. Todos estos factores determinarán la adaptación del adolescente que va a influir de manera positiva en su desarrollo físico y emocional previniendo problemas psicológicos que lo conlleven a riesgos o peligros (Aragón & Bosques, 2012).

En un estudio hecho por Werner-Wilson, Lynn & Morrisey (2004) nos dicen que “la televisión y otros medios de comunicación influyen en las actitudes y comportamientos en los adolescentes. Parte de las investigaciones son encuestas en las que se pide a los adolescentes clasificar la importancia relativa de un conjunto de factores tales como los padres, compañeros y medios de

comunicación; y los resultados mostraron que los adolescentes se identifican más con los medios de comunicación como fuente de influencia sobre su comportamiento sexual; debido a que los adolescentes son consumidores activos de los mensajes de la radio, televisión, revistas e internet.

Algunos autores han señalado la especial relevancia que tienen los padres con respecto al inicio de las relaciones sexuales de los jóvenes. Se ha demostrado que la supervisión de los padres, la comunicación padres hijos o el grado de aprobación de las relaciones sexuales de los hijos por parte de los padres son importantes determinantes de sexualidad precoz (Ruiz-Canela, López-del Burgo, Calatrava, Osorio & Irala, 2012).

El inicio de la actividad sexual durante la adolescencia es un fenómeno que merece especial atención debido a que generalmente sucede en un periodo donde no se ha alcanzado la madurez física, cognoscitiva ni emocional suficiente para asumir la responsabilidad del acto sexual y sus consecuencias. Por otra parte su inicio precoz, se asocia a conductas sexuales de riesgo como: mayor número de parejas sexuales, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), menor probabilidad de uso de anticonceptivos y mayor riesgo de embarazo no planeado (Rojas, 2009).

En el año 2003 aproximadamente 20% de la población mexicana eran adolescentes la mitad de ellos de 10 a 14 años de edad y los restantes se encontraban entre 15 y 19 años, al igual que en otros países las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un importante problema de salud pública entre los adolescentes mexicanos (Velarde et al., 2003).

Proyectos de investigación realizada en México como en el extranjero han demostrado que la comunicación sobre temas sexuales entre los padres y sus hijos adolescentes se asocia positivamente con conductas sexuales más seguras como son el retraso en el inicio de las relaciones sexuales y el aumento en el uso del condón. Por otra parte se ha observado que la comunicación más fluida y frecuente entre padres e hijos sobre temas relacionados con el sexo tiende a disminuir el riesgo de embarazo en la adolescencia (Rouvier, Campero, Walker & Caballero, 2011).

El embarazo adolescente se ha asociado con el bajo rendimiento académico ya que trae consigo tasas más altas de deserción escolar; el nivel de educación es un factor influyente por lo que es más probable que se de en adolescentes con menores niveles educativos (Chagas & Aquino, 2011).

La Secretaría de Educación Pública SEP (2012) plantea que el embarazo en la adolescencia se asocia con el inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes lo que trae consigo un incremento en Infecciones de Transmisión Sexual, embarazo precoz, salud inadecuada

además de cancelar oportunidades escolares como la deserción escolar y un difícil acceso a mejores condiciones de vida.

El embarazo adolescente es considerado como fenómeno de interés mundial debido a la alta incidencia y complicaciones médicas, psicológicas y socioeconómicas que conlleva. El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos este afecta negativamente la salud de la madre, del hijo por nacer y del niño, y adicionalmente puede ocasionar alteraciones en la calidad de vida no solo de ellos, sino de la familia y la sociedad. Este tiene un impacto psicológico, social y cultural en cualquier edad, pero este es mayor en las adolescentes, inclusive se habla del “síndrome de las embarazadas adolescentes” que comprende fracaso en los siguientes aspectos: adquisición de independencia, logro de la propia identidad, continuación de sus estudios, preparación para la vida adulta, constitución de una familia estable y manutención de sí misma. En cuanto a consecuencias del embarazo, se identifica que, a nivel social como imaginario, las adolescentes embarazadas sufren de discriminación y vergüenza social, pero tal vez la consecuencia más grave se relaciona con la muerte de estas jóvenes madres y la de sus hijos. En la adolescente la muerte es ocasionada por las complicaciones durante el embarazo, y en el niño la alta mortalidad durante el primer año de vida se vincula con la falta de preparación de la madre para suplir sus necesidades (Baena, Alba, Jaramillo, Quiroga & Luque, 2012; Menéndez & Navas, 2012; Noguera & Alvarado, 2012).

Por lo anterior el objetivo del presente estudio fue:

Evaluar el impacto de un programa de educación sexual que incremente conocimientos, sensibilizando al adolescente para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en la adolescencia. Y como objetivos específicos: 1) Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en los adolescentes, 2) diseñar un programa de educación sexual, que incremente conocimientos, actitudes y prácticas favorables, 3) fomentar una cultura de prevención y autocuidado para mejorar la salud sexual del adolescente.

Para cumplir este objetivo en el capítulo I se presenta el planteamiento del problema donde se describe la idea principal de la investigación, de igual manera se encuentra la justificación del porque el educador para la salud debe de intervenir en esta problemática social.

En el capítulo II se presenta el marco teórico que hace referencia a todos los elementos conceptuales que sirven de base para la investigación. Se establece lo que han investigado otros autores y se incluyen citas de otros proyectos de investigación.

En el capítulo III se describe todos los pasos del método que se usaron para esta investigación, se traza el tipo de investigación, participantes, instrumentos y procedimiento a realizar.

En el capítulo IV se describen los resultados obtenidos de la investigación.

El capítulo V muestra la discusión y la explicación a los resultados así como un análisis de la problemática que se encontró en la investigación. Y para finalizar el capítulo VI explica las conclusiones a las que se llegó durante el proceso de investigación realizada.

Capítulo I

Planteamiento del problema

La adolescencia definida por la Organización Mundial de la Salud OMS (2013), es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años durante el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica.

En el mundo contemporáneo las condiciones de vida para la población adolescente han cambiado y con ella su patrón de conducta sexual, manifestado por una maduración sexual a edades cada vez más tempranas, lo que conlleva a adoptar conductas sexuales de riesgo como: disminución de la edad de inicio de las relaciones sexuales, un mayor número de parejas y prácticas sexuales riesgosas como el tener relaciones sexuales sin protección (Cortés, García, Hernández, Monterrey & Fuentes, 1999).

Existen estudios donde se avala la idea que las actitudes y conductas sexuales de los adolescentes han cambiado sustantivamente en las dos últimas décadas, estos estudios han demostrado descenso en la edad donde se producen intercambios sexuales y aumento en el número de adolescentes que experimentan relaciones prematrimoniales (Uzcategui, 1997).

Esta etapa de la vida para el adolescente es una de las más vulnerables del ser humano para desarrollar costumbres y hábitos de riesgo para la salud por la diversidad de cambios relacionados con el crecimiento, independencia y maduración. Por lo regular los adolescentes al dejar la niñez tan repentinamente y el tener que adaptarse a esta nueva etapa surgen una serie de conflictos, inquietudes y curiosidades que empujan al joven a practicar conductas y/o comportamientos de riesgo sin tomar en cuenta las consecuencias que habrá después.

Garzo & Quintero (2009) manifiestan que el que los jóvenes tengan sus primeros encuentros sexuales durante la adolescencia no es realmente el problema debido a que físicamente se encuentran aptos para realizarlos, el verdadero problema se debe a que la mayor parte de ellos no están preparados psicológica y socialmente para aceptar responsabilidades que se derivan de su actividad sexual, pues la información sexual con la que cuentan los adolescentes es inexistente y algunas veces incorrecta ya que esta es obtenida por los amigos y medios de comunicación especialmente el internet. La poca información y falta de conocimientos los puede llevar a tener una vida sexual desordenada de promiscuidad, embarazo precoz y lo más grave adquisición de infecciones de transmisión sexual.

Debido a la anterior situación se plantea lo siguiente:

¿Se puede sensibilizar a los adolescentes por medio de la implementación de un programa de educación sexual con información adecuada para prevenir ITS y/o embarazo no planeado en la adolescencia?

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo general

Evaluar el impacto de un programa de educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo no planeado en la adolescencia.

1.1.2. Objetivos específicos

-Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en los adolescentes.

-Diseñar un programa de educación sexual, que incremente conocimientos y fomente una cultura de prevención y autocuidado para mejorar la salud sexual del adolescente.

1.2. Hipótesis

Si los adolescentes participan en un programa de educación sexual donde se les brinde información para sensibilizarlos, entonces tomarán las medidas adecuadas para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en la adolescencia.

1.2.1. Hipótesis nula

La implementación de un programa de educación sexual no va a prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en la adolescencia.

1.2.2. Hipótesis alterna

La implementación de un programa de educación sexual va a prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en la adolescencia.

1.3. Variables

1.3.1. Variable dependiente:

Conocimientos acerca de ITS y embarazo no deseado en la adolescencia

1.3.1.1. Definición conceptual

Para Pérez (2010) el conocimiento es todo lo que se adquiere mediante la interacción con el entorno, es el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona.

1.3.1.2. Definición operacional

En este estudio los conocimientos serán evaluados a través del cuestionario “conocimientos, actitudes y practicas sobre sexualidad en jóvenes” el cual se evalúa mediante la escala de puntuaciones, donde a cada pregunta se le asigna un punto por respuesta correcta, de esta manera, la puntuación de 16 a 20 se toma como excelente, de 11 a 15 como bueno, de 6 a 10 como regular y de 0 a 5 como deficiente.

1.3.2. Variable independiente

Programa de educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en la adolescencia.

1.3.2.1. Definición conceptual

El programa de educación es un conjunto de actividades, información, comunicación y educación a desarrollar en un periodo de tiempo determinado. Contribuye al cumplimiento de los objetivos de salud al estimular cambios de conducta de las personas y/o comunidad donde está inserto el problema, frente a situaciones específicas que los afectan; la noción de programa lleva implícito un tipo de intervención comprensiva que atiende tanto a la prevención y a tratamiento remedial o terapéutico de las situaciones problemáticas o crisis, como el desarrollo de situaciones educativas (Cata, 2004 & Bausela, 2005). La educación sexual es establecer y llevar a la practica la educación formal, considerando diversas disciplinas que interviene para dar información objetiva y científica, proporcionando todos los elementos necesarios para la toma de decisiones en cuanto a su conductas, actitudes y comportamientos (Secretaría de Educación Pública, 2012).

1.3.2.2. Definición operacional

-Presencia es cuando los participantes forman parte de la intervención. Se aplicó el programa

-Ausencia es cuando no participan en la intervención. No se aplicó el programa.

1.4. Justificación

De acuerdo a la OMS la adolescencia es caracterizada por profundos cambios biológicos, cognitivos, emocionales y sociales que asociándolos con la familia, comunidad y sociedad arrojan resultados tanto positivos como negativos en la salud del adolescente; es por eso que la WHO propone dar una formación a los adolescentes cuya edad abarca 10 y 14 años de edad ofreciendo una ventana de oportunidad para sentar las bases de violencia sexual, derechos reproductivos, informándolos y prepararlos para tomar decisiones en sus vidas. La adolescencia es una etapa de la vida que trae consigo crecimientos, cambios, oportunidades y, con bastante frecuencia, riesgos para la salud sexual y reproductiva (OMS, 2011).

Los medios de comunicación brindan mucha información acerca de lo que podríamos denominar revolución sexual. El adolescente debe tener menos problemas en relación a sus conocimientos y prácticas sexuales. La revisión de estudios permite comprobar que la información llega principalmente a través de amigos, material gráfico de diferente procedencia, de la propia búsqueda y en menor medida de la familia, escuela o ambiente sanitario. Es pues previsible que falsas creencias y tabúes se están transmitiendo en la creencia de que son correctas. Estos aspectos hacen que los adolescentes y jóvenes sean un grupo poblacional que requiere interés desde el punto de vista de la prevención y promoción de la salud, área en el que profesionales de la salud tienen mucho que hacer (Secretaría de Educación Pública, 2012).

La transformación que experimenta el ser humano en su paso de la niñez a la etapa adulta a través de la adolescencia y juventud, representa un periodo crucial en su evolución biológica y psicológica supone una modificación sustancial en su relación con el medio social. Durante esos años el individuo adquiere comportamientos y actitudes de gran importancia que determinan su integración psicosocial y su salud. Los cambios, las formas de vida, la relación con el entorno, los conocimientos adquiridos durante la infancia adolescencia y juventud repercuten en la salud física, emocional y psicología de la persona ya que los factores mencionados anteriormente son determinantes de la calidad de vida de las personas (Sánchez, 2005).

La educación y promoción de la salud son una de las herramientas de la salud pública para facilitar al cambio de las actividades de riesgo entre los jóvenes. Una medida para prevenir tanto el VIH/SIDA como otras ITS y los embarazos entre adolescentes es retrasar la edad de inicio de las relaciones sexuales. La identificación de los factores individuales, sin embargo, no es suficiente ya que es necesario valorar el entorno que rodea a los jóvenes (Fernández, Bermejo & Delgado, 2002; Ruíz et al., 2012).

La educación sobre la sexualidad en la adolescencia influirá sobre los próximos eventos en la vida. Esto significa que el comportamiento de esta etapa se reflejará en el desarrollo de la salud, aspectos sociales y económicos. Varios los estudios han demostrado el grado de protección ofrecido por el uso de condón para cada una de las infecciones de transmisión sexual y embarazo no planeado (Mendes, Schor, Valenti, Sugishita & De abreu, 2012).

La solución a esta problemática que se asocia con las prácticas sexuales de riesgo no protegidas es intervenir de manera oportuna en esta etapa, dado a que la adolescencia aparte de cambios físico, biológicos, sociales y emocionales también se caracteriza como una etapa de riesgos en donde los jóvenes están expuestos a la adquisición de conductas sexuales no protegidas que conllevan a daños en la salud física y mental. El educador para la salud tiene un papel sumamente importante dentro de esta problemática; hay que empezar a trabajar identificando los conocimientos, y deficiencias que tienen los adolescentes con respecto a temas de sexualidad, para así ajustarnos a sus necesidades e incidir de manera preventiva logrando que adquieran un conocimiento significativo y este sea llevado a la práctica durante su vida cotidiana; ya que debido a la falta de programas de educación sexual, el difícil acceso a métodos anticonceptivos, el no tener una comunicación familiar, las amistades o los medios masivos de comunicación entre otros, son considerados factores predisponentes para que los adolescentes adquieran conductas sexuales de riesgo como son las relaciones sexuales no protegidas, sin estar lo suficientemente preparados y responsabilizados de su sexualidad.

Con respecto a la educación sexual que se proporcione favorecerá a los adolescentes de modo que adquieran conocimientos y habilidades para tomar decisiones responsables e informadas sobre sus relaciones sexuales y sociales, también promueve conductas y actitudes que reducen los riesgos para así vivir una salud sexual y responsable de manera saludable.

Capítulo II

Marco teórico

2.1. Adolescencia

Adolescencia vocablo que viene del latín *adolescere*, crecer, se trata de la etapa de la vida del individuo que se inicia con la pubertad, culmina en la aptitud fisiológica para la reproducción y termina cuando se está preparado física, emocional y socialmente, este periodo comprende entre los 10 y 19 años de edad (Higashida, 2007; Organización Mundial de la Salud OMS, 2013).

La adolescencia constituye un período especial del desarrollo y crecimiento en la vida de cada individuo. Es una fase de transición entre un estadio infantil, para culminar en el adulto. Se trata de una etapa de elaboración de la identidad definitiva de cada sujeto que se plasmará en su individualización adulta. Esta etapa tiene 3 características fundamentales: la adolescencia como duelo por el mundo infantil, como renovación de la problemática psíquica establecida en la infancia y su resolución y finalmente por ser una etapa llena de nuevas expectativas, ilusiones y descubrimientos vitales. La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de pérdida y de renovación. Una etapa en la que gradualmente tiene que ir abandonando el funcionamiento infantil, las relaciones infantiles con los padres, un cuerpo infantil y unas vivencias psíquicas de tipo infantil. Es un período en el cual destacan los elementos de ruptura, de pérdidas y abandonos necesarios para seguir adelante en el desarrollo, un período donde el adolescente debe elaborar ese duelo con las ansiedades y dolor depresivo consiguiente. De acuerdo a las características y los cambios que se van experimentando en la adolescencia se debe de evaluar el nivel de adaptación que los adolescentes logran en las diferentes esferas de su vida. Debido a la inestabilidad emocional, búsqueda de identidad y planeación de proyectos de vida, el interés por lo prohibido, la influencia de los amigos, para ellos y la revelación en contra de los padres, los medios de comunicación y el deseo o curiosidad de experimentar cosas nuevas son los principales determinantes que van a exponer al adolescente a situaciones poco favorables para su salud (Lillo, 2004).

Aragón & Bosques (2012) sugieren la incrementación de factores positivos que influyan en una buena adaptación del adolescente. Estos factores positivos son en cuanto a la relación con los padres, la comunicación familiar respetuosa, afectiva en las familias, así como los padres tienen el deber de estar al pendiente de las actividades de su hijos, de sus amigos y brindarles aceptación, cariño, respeto, comprensión y apoyo. Todos estos factores determinaran la

adaptación del adolescente que va a influir de manera positiva en su desarrollo físico y emocional previniendo problemas psicológicos que lo conlleven a riesgos o peligros.

2.1.2. Etapas y cambios en la adolescencia

Durante el inicio de la pubertad aparecen los caracteres sexuales primarios y secundarios en hombre y mujeres. En las niñas es en edad más temprana y el primer signo de la iniciación de maduración sexual es el desarrollo de los senos; poco después aparece el vello púbico, axilar y entra la menarquia (primera menstruación). En el niño, por el contrario, el primer carácter sexual secundario es el vello púbico, puesto que ya ha comenzado a aumentar el tamaño del órgano genital; después aparece el vello axilar y facial (Cartaxo, Rolim & De Abreu, 2013).

Las etapas del desarrollo del adolescente se dividen en tres y cada una tienen sus cambios en el desarrollo físico, cognitivo y social-emocional (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2008):

1) La adolescencia temprana aproximadamente de 11-13 años de edad:

Desarrollo físico:

- Pubertad: crecimiento del vello corporal, aumento de la transpiración y de la producción de aceite en el cabello y la piel,
- Mujeres: el desarrollo de la cadera, el inicio de la menstruación
- Hombres: crecimiento de los testículos y el pene, los sueños húmedos, engrosamiento de la voz
- Crecimiento físico: el aumento de la altura y el peso.
- Mayor interés sexual

Desarrollo cognitivo:

- Mayor capacidad para el pensamiento abstracto
- Los intereses intelectuales se expanden y se vuelven más importantes

Desarrollo social-emocional:

- Sentirse incómodo acerca de uno mismo y el propio cuerpo; preocuparse por ser normal
- aumento de los conflictos con los padres
- El aumento de la influencia del grupo de amigos
- El deseo por la independencia
- Tendencia a volver al comportamiento "infantil", sobre todo cuando está estresado
- mal humor
- Mayor interés en la intimidad

2) Adolescencia media de 14 - 18 años de edad aproximadamente:

Desarrollo físico:

- La pubertad se completa
- El crecimiento físico se ralentiza para las niñas, continúa para los niños.

Desarrollo cognitivo:

- Continuo crecimiento de la capacidad para el pensamiento abstracto
- Una mayor capacidad de fijación de metas
- Interés en el razonamiento moral
- Pensar en el sentido de la vida

Desarrollo social-emocional:

- Ajuste continuo de los cambios del cuerpo, se preocupa por ser normal
- Tendencia a distanciarse de los padres.
- Obligados a hacer amigos y la mayor dependencia de ellos, la popularidad puede ser un problema importante.
- Los sentimientos de amor y pasión.

3) Adolescencia tardía de aproximadamente 19 - 21 años de edad:

Desarrollo físico:

- Las mujeres jóvenes, por lo general, están completamente desarrolladas.
- Los jóvenes siguen ganando altura, el peso, la masa muscular y del vello corporal.

Desarrollo cognitivo:

- Capacidad para pensar
- Examen de experiencias internas
- Aumento de la preocupación por el futuro
- Interés continuo en el razonamiento moral

Desarrollo social emocional:

- Firme el sentido de identidad
- El aumento de la estabilidad emocional
- El aumento de la preocupación por los demás
- El aumento de la independencia y la autosuficiencia
- Las relaciones entre compañeros siguen siendo importantes
- Desarrollo de relaciones más serias

2.2. Educación sexual en la adolescencia

De acuerdo a la Pan American Health Organization PAHO (2001) en el documento *Sexual health promotion. Recommendations for action*; definen a la sexualidad como dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basado en el sexo, incluye género, las identidades de sexo, orientación sexual, erotismo, vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades prácticas roles y relaciones.

La sexualidad es un fenómeno pluridimensional que varía de una cultura a otra y en el contexto socio-histórico en que se desarrolle. En los años 60 aproximadamente aparece la llamada revolución sexual, con la cual la sexualidad humana adquirió un nuevo significado y se acepta ya como un instinto natural que debe ser entendido en todas sus dimensiones y desde un prisma de

igualdad entre el hombre y la mujer. Tradicionalmente se inculcaba la idea de que en el sexo existía una forma como debe ser, un ideal de expresión sexual cuya prioridad era como norma una expresión de conducta heterosexual, coital y con fines meramente reproductivos. Lo que era considerado normal o anormal estaba influenciado por la cultura, las costumbres, la moral, las religiones, el país y variaba con el paso del tiempo (Castillo, 2002; Vera, 1998).

La educación sexual se define como educación general que incorpora los conocimientos biopsicosociales de la sexualidad, como parte de la formación integral de quien se está educando. Su objetivo es lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarle para que cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de manera sana, consciente y responsable dentro de su cultura, época y sociedad. Consiste en impartir información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social. Debe perseguir la realización de una sexualidad plena y madura que permita al individuo una comunicación equilibrada con el otro sexo, dentro de un contexto de afectividad y responsabilidad (Alvizar, 2006; Garzo & Quintero, 2009).

En base a sexualidad se debe educar de manera que el individuo vaya dando sentido, valor y trascendencia a todos los actos que realiza con y ante sus semejantes, para que viva con plenitud cada momento de su vida en su contexto histórico, económico y cultural. La sexualidad se inicia desde que nace el individuo, todo intento de mejorar la educación sexual debe enfocarse inicialmente hacia los padres, pues casi siempre los niños tienen problemas en las mismas áreas que los padres que los educaron. El primer canal de socialización, proceso mediante el cual el individuo adquiere normas, pautas de conducta, creencias y valores de su grupo sociocultural, esta constituido por la familia (Higashida, 2007).

La educación de la sexualidad es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto, se inicia desde el nacimiento dentro del grupo familiar y transcurre durante toda la vida en los sucesivos vínculos que establecen las personas al interactuar con diferentes grupos. Hoy se aprecian importantes cambios de conductas, actitudes y valores en lo referente a la sexualidad de los jóvenes y adolescentes de distintos sexos. (Rodríguez, Ramos, Contreras & Perdomo, 2013).

La educación juega un papel fundamental, ya que constituye la base del conocimiento y permite el desarrollo de las destrezas que habilitan, tanto al adolescente, como al joven para tomar decisiones y ser responsables en materia de salud. Por tanto, se hace necesaria una educación sexual de carácter alternativo que ofrezca a este grupo la posibilidad de elegir patrones y comportamientos en correspondencia con su forma particular de interpretar la sexualidad y

determinar su manera de expresarla y sentirla de forma libre. La adolescencia y la juventud son edades aún tempranas, que resultan favorables para modificar enseñanzas rígidas, mitos, tabúes, creencias y formas de conductas que hayan influido en su formación, y así contribuir a que en su etapa de adultos manifiesten autorresponsabilidad en el cuidado de su salud. Los jóvenes en ocasiones carecen de los medios y la preparación para lograrlo, esto se comprueba en la poca percepción de riesgo, en la no protección en sus relaciones sexuales, en el cambio frecuente de parejas y en los embarazos no deseados (Rodríguez, Ramos, Contreras & Perdomo, 2013).

La educación de la sexualidad forma parte del proceso de educación de la personalidad. En concordancia con estos criterios se encuentran los de las doctoras Alicia González y Beatriz Castellanos, quienes se refieren a la familia como el primer agente de socialización de la sexualidad, que forma parte de la personalidad, y como el grupo de referencia más estable a lo largo de la vida en cuanto a formación de valores, convicciones, normas de comportamiento y actitudes sexuales. La función educativa se centra en la influencia que ejerce la familia en sus miembros, esta contribuye junto a la escuela y otras instituciones sociales, al proceso de formación y desarrollo de la personalidad individual. De ahí la importancia de que la familia juegue un rol de avanzada en la educación sexual para la prevención de ITS embarazo en la adolescencia (Barbón, 2011).

La OMS ha establecido que la salud sexual es una integración de los aspectos biológicos, emocionales e intelectuales del ser sexual, que enriquece la personalidad para la comunicación y el amor y para lograrlo se necesitan 3 aspectos (Higashida, 2007):

- a) La capacidad de disfrutar las conductas sexuales y reproductivas, de acuerdo con una ética social y personal.
- b) Estar libre de temores, vergüenza y culpa; de factores psicológicos que inhiban la respuesta sexual y limiten las relaciones socio-sexuales.
- c) Estar libre de perturbaciones, enfermedades y deficiencias orgánicas que interfieran con las funciones sexual y reproductiva.

2.2.1. Antecedentes de la educación sexual en México

En México, la educación sexual como medio de instrucción formal, se trató de incluir en los programas educativos en el año de 1930, pero esta propuesta fue retirada poco tiempo después, debido a una protesta realizada por un grupo de madres de familia que dio pie para terminar con

lo que pudo ser una valiosa y pionera acción educativa en nuestro país; desde entonces, nada se había promovido para abordar temas de sexualidad (Torres & Beltrán, 2002).

Paso más de medio siglo para que se volviera a hablar de sexualidad en esta sociedad, la que ha tenido cambios fundamentales en todos los aspectos por el influjo del postmodernismo que llegó a México; mucho de lo prohibitivo y lo tradicional de estas cuestiones, en cuanto a sexualidad se refiere, ahora ya se acepta. Y aun cuando sea, en las postrimerías del siglo pasado (1999 y 2000) y comienzo del año 2001, se ha iniciado su estudio formal en el nivel educativo de enseñanza básica, por acuerdo de la Secretaría de Educación Pública (SEP), organismo rector en México de la buena marcha de los programas educativos. No obstante, se escuchan voces de rechazo, por la inclusión de estos temas en los libros de texto gratuito, dentro de los cuales, dicho sea de paso, sólo se plantean aspectos biológicos y fisiológicos de la sexualidad humana, dejando de lado lo psicológico, lo social y cultural, que tanto peso tiene en la educación sexual (Torres & Beltrán, 2002).

1.5. Antecedentes de la Educación para la Salud (EpS)

La conceptualización y puesta en práctica de la educación para la salud (EpS) ha sufrido una larga evolución, consecuencia, entre otros factores, de los diferentes conceptos de salud que han ido apareciendo con el devenir de los años. Hoy se entiende como una herramienta para mejorar la salud, ya sea desde la promoción de la salud, en la prevención de los problemas de salud, en el tratamiento de éstos, como en el uso adecuado de los recursos sanitarios (Villa Andrada, Ruiz & Ferrer, 2006). La EpS como término genérico se ha usado para describir casi cualquier esfuerzo de proporcionar información y conocimientos relativos al mantenimiento y promoción de la salud, por tanto, esto implica que tiene aspectos formales e informales (Salleras, 1990).

Históricamente la EpS ha pasado por diferentes etapas o enfoques, dependiendo del contexto en el que se ha desarrollado, desde principios del siglo hasta la actualidad. Se distinguen dos grandes etapas o periodos en la evolución del concepto y contenido de la EpS, que transcurren paralelamente con los cambios sociopolíticos y con la evolución de la nosología y de los factores de riesgo, obedeciendo cada una de ellas a planteamientos epistemológicos que las conforman, en los que subyacen determinadas concepciones acerca de la educación, del aprendizaje, del hombre y de la salud (Salleras, 1990).

Salleras (1990) menciona dos grandes etapas por las cuáles ha atravesado la EPS desde los inicios del siglo XX hasta la actualidad. En la primera etapa denominada clásica, que inicia a partir del siglo XX y abarca hasta la década de los años setentas, destacan dos enfoques de la EPS:

- a) El primero, caracterizado por su carácter informativo y puntual. Las definiciones, surgidas bajo esta orientación, esencialmente hacen referencia a la transmisión de información con una intencionalidad formal; en ellas, los profesionales de la salud son quienes detentan los conocimientos necesarios para el cuidado de la salud de los individuos, y a estos últimos se les otorga un papel pasivo, receptor.
- b) El segundo enfoque de esta primera etapa tiene su origen en el interés que despierta el elemento comportamental en la determinación de la salud se da por el surgimiento de estudios emanados de la psicología, la medicina social, la medicina conductual y la psicología de la salud, disciplinas científicas comprometidas en explicar de que manera el comportamiento de los individuos impactan la salud de los mismos. Luego entonces, las concepciones de EPS basadas en esta perspectiva consideran importantes el comportamiento y el estilo de vida como elementos fundamentales en el cuidado y conservación de la salud de las personas, así como en la prevención de enfermedades o situaciones que pongan en riesgo su salud.

La segunda etapa es considerada por Valadez, Villaseñor y Alfaro, (2004) como una consecuencia de las limitaciones de los enfoques anteriores y surge con una visión más amplia, más participativa, crítica y emancipadora de las personas en lo que al cuidado y preservación de su salud se refiere enfatizando la influencia de los factores sociales, ambientales y de desigualdad económica con respecto a las condiciones de salud en que viven los individuos y grupos sociales.

De un concepto de salud como no-enfermedad se ha evolucionado hacia otro más global, que considera la salud de forma dinámica, como el estado de bienestar físico, psíquico y social. La EpS persigue la mejora de la salud de las personas y de la colectividad desde tres perspectivas: preventiva, de promoción de la salud y de uso adecuado de los recursos sanitarios. La EpS aborda, además de la transmisión de información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La EpS incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales

subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del correcto uso del sistema de asistencia sanitaria (Villa Andrada, Ruiz & Ferrer, 2006).

1.6. Conductas y prácticas sexuales de riesgo en la adolescencia

Las conductas sexuales de riesgo son definidas por Garduño (2012) como acciones pasivas o activas que involucran peligro para el desarrollo de los adolescentes pues traen consecuencias negativas para su salud, su educación y desarrollo comprometiendo el plan de vida de los adolescentes.

El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. En una comunidad se fomentan los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas (Secretaría de Educación Pública, 2012).

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, por otra parte, 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, Ramos, Contreras & Perdomo, 2013).

El comportamiento es la conducta asumida por el adolescente respecto a su salud sexual y reproductiva y está muy vinculada con los conocimientos que en este sentido posee.

Sin embargo, esto no significa, necesariamente que un buen conocimiento sobre la sexualidad y reproducción se corresponda con comportamientos adecuados en esta esfera de la vida.

En los adolescentes los cambios profundos en su vida, como su acercamiento a otras personas para establecer amistad y el inicio de relaciones amorosas. Los hacen verse a sí mismos como un ser sexual, capaz de adaptarse a las emociones sexuales y establecer una relación amorosa, cuestiones estas que valoran como elementos importantes para el logro de la identidad sexual. Por su parte en relación con el comportamiento que asumen en la práctica de su sexualidad, en aspectos tales como protegerse en la relación sexual para evitar un embarazo o una enfermedad, en los adolescentes está mediada por variables muy ligadas a la conducta y al contexto social.

Los embarazos precoces, los abortos y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA, son resultados de conductas de riesgos, que en los adolescentes limitan sus oportunidades para el desarrollo de un proyecto de vida adecuado y proporcionan afectaciones a su salud que en ocasiones varía según el enfoque de género (Rodríguez & Álvarez, 2006).

1.7. Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual ITS son infecciones que se propagan principalmente de persona a persona a través de contactos sexuales, son causadas por las prácticas sexuales sin protección; estas infecciones van en aumento cada año, lo cual constituye un problema de salud pública en todo el mundo. Las ITS forman parte de un grupo mayor de infecciones conocido como *infecciones del tracto reproductivo* (ITR). Las ITR abarcan todas las infecciones del tracto reproductivo, incluso las infecciones no causadas por contacto sexual. Estas últimas pueden ser consecuencia de procedimientos médicos no asépticos (infecciones nosocomiales) o de la proliferación de organismos que normalmente habitan en el tracto reproductivo (infecciones endógenas), como la vaginosis bacteriana (VB) y la candidiasis. Hay más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes transmisibles por vía sexual (Secretaría de Educación Pública, 2012; WHO, 2011).

1.7.1. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son conocidas también como enfermedades venéreas (en honor a la diosa romana Venus que es el equivalente a la diosa griega del amor y la belleza Afrodita) y su definición obedece al modo de transmisión de las mismas ya que se adquieren mediante el contacto sexual: vaginal, anal u oral. Esta diosa era la imagen de fuente carnal de los romanos de obtener placer, por lo que luego se le consideró a las prostitutas como la fuente de dicho placer y por tanto, también la obtención de todo tipo de infecciones, por tanto, los infectados también debían ser castigados por sus pecados. A finales del siglo XV aparecen en Europa los primeros indicios de infecciones de transmisión sexual que fueron consideradas como un castigo celestial por excesos sexuales (Díaz, 2010; Domínguez & Díaz, 2008; Vera, 1998).

Papalia, Wendkos & Duskin (2002) mencionan que desde los primeros años de 1920 hasta 2002 se ha observado una evolución en las actitudes y el comportamiento sexual. Agregan que a mediados de 1950, una de cada 2 mujeres tenía experiencias sexuales a los 18 años y que para 2002 una de cada 3 mujeres y tres de 4 hombres tuvieron relaciones sexuales a esa edad. A partir de los años 60 y como consecuencia de profundos cambios socioculturales, se produjo un notable

incremento de las infecciones de transmisión sexual. De acuerdo a las estadísticas de 2008 la población con mayor riesgo de enfermar de cualquiera de las ITS son los adolescentes y jóvenes adultos heterosexuales entre 14 y 24 años de edad (Ríos, Yera & Guerrero, 2009).

1.7.2. Etiología de las ITS

Las ITS según la WHO (2011) son causadas por bacterias, virus y parásitos:

Tabla 1. Infecciones de transmisión sexual causadas por bacterias

Agente etiológico	ITS	Periodo de incubación
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis	21 días
<i>Nessiseria gonorrhoeae</i>	Gonorrea	3 a 5 días
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Uretritis, cervicitis	8 a 15 días
<i>Chlamydia trachomatis L1, L2, L3</i>	Linfogranuloma venéreo	8 a 21 días
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Chancroide	3 a 5 días
<i>Klebsiella granulomatis</i>	Granuloma inguinal	2 semanas a 3 meses
<i>Mycoplasma hominis Ureaplasma urealyticum</i>	Uretritis, cervicitis	1 a 3 semanas
Microorganismos asociados con la vaginosis bacteriana (<i>Gardnerella vaginalis, Mobiluncus sp</i>)	Vaginosis bacteriana, Uretritis	Depende de la infección

Fuente: Fundación Mexicana para la Salud (2011). Clasificación de las ITS.

Tabla 2. Infecciones de transmisión sexual causadas por virus.

Agente etiológico	ITS	Periodo de incubación
Virus del herpes humano tipo 8	Sarcoma de Kaposi	Variable (en SIDA) 1 a 3
Virus del papiloma humano (VPH)	Condilomas acuminados	meses
Virus de la Hepatitis B (VHB) y C	Hepatitis B y C	4-26 semanas (media 6 a 8)
Virus del <i>Molluscum contagiosum</i> (VMC) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Moluscos contagiosos SIDA	1 a 2 meses Variable

Fuente: Fundación Mexicana para la Salud (2011). Clasificación de las ITS.

Tabla 3. Infecciones de transmisión sexual causadas por parásitos.

Agente etiológico	ITS	Periodo de incubación
<i>Trichomonas vaginales</i>	Tricomoniasis vaginalis	1 a 3 semanas
<i>Entamoeba histolytica</i>	Uretritis, Úlceras genitales	2 a 4 semanas
<i>Candida albicans</i> y sp.	Candidiasis vaginal, Balanopostitis, Uretritis	2 a 4 semanas

Fuente: Fundación Mexicana para la Salud (2011). Clasificación de las ITS.

1.7.3. Infecciones de transmisión sexual más comunes

De acuerdo a la Secretaría de Educación Pública SEP (2012) describe a las ITS más comunes en las siguientes tablas:

Tabla 4. Descripción de infecciones de transmisión sexual más comunes.

INFECCIÓN	AGENTE CAUSAL	SINTOMAS	VÍAS DE TRANSMISIÓN
		En fase primaria: inflamación de los ganglios inguinales, pene, vulva, cuello de matriz, boca o ano. Lesión con borde duro y abultado, que no duele, pero que al reventarse segrega un líquido altamente infeccioso.	
Sífilis	Bacteria <i>Treponema pallidum</i>	En fase secundaria: la bacteria entra en el torrente sanguíneo y las erupciones se generalizan en el resto del cuerpo. Hay pérdida de cabello, dolor de cabeza, garganta y articulaciones; falta de apetito, pérdida de peso, náuseas y fiebre.	Contacto sexual, por contacto de piel herida con secreciones, transfusiones sanguíneas o durante el
		En Fase terciaria: la enfermedad entra en una etapa llamada latente que puede durar años y no presentar síntomas. En esta etapa ya no es contagiosa excepto por vía perinatal, sin embargo las personas pueden presentar daños en órganos vitales y daño cerebral, parálisis, pérdida de la razón o muerte.	embarazo y parto

Fuente: Secretaría de Educación Pública SEP (2012). ¡Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad!

Tabla 5. Descripción de infecciones de transmisión sexual más comunes.

INFECCION	AGENTE CAUSAL	SINTOMAS	VIAS DE TRANSMISIÓN
Gonorrea	Bacteria: <i>Gonococo</i> <i>Neisser</i>	<p>En la mujer: secreción blanca o amarillenta espesa, irritación vaginal, dolor y ardor al orinar.</p> <p>En el hombre: secreción amarillenta, verdosa o sanguinolenta por la uretra, ardor y dolor al orinar.</p> <p>En las infecciones en otras partes del cuerpo pueden desarrollarse irritación y dolor de garganta, escurrimiento rectal, en los ojos irritación, hinchazón y salida de pus.</p>	Por relaciones sexuales sin protección o a través del canal del parto durante el nacimiento

Fuente: Secretaría de Educación Pública SEP (2012). ¡Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad!

Tabla 6. Descripción de infecciones de transmisión sexual más comunes.

INFECCIÓN	AGENTE CAUSAL	SINTOMAS	VÍAS DE TRANSMISIÓN
Chancro blando	Bacteria: <i>Hemophilus Ducreyi</i>	Presencia de ampolla en la región genital o anal que se hincha se llena de pus y más tarde se revienta y forma una úlcera generalmente muy dolorosa. En algunos casos hay dolor al orinar y al defecar, sangrado rectal, dolor durante el coito, flujo vaginal o inflamación de los ganglios de las ingles.	Por relaciones sexuales sin protección.
Linfogranuloma (linfogranuloma inguinal; linfopatía venérea)	Bacteria <i>Calymmatob acetrium Granulomatis</i>	Pequeña lesión en los genitales que no duele y que eventualmente revienta convirtiéndose en úlceras rojas, carnosas. Si no se tratan a tiempo pueden llegar a cubrir gran parte de los genitales.	Por relaciones sexuales sin protección

Fuente: Secretaría de Educación Pública SEP (2012). ¡Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad!

Tabla 7. Descripción de infecciones de transmisión sexual más comunes.

INFECCIÓN	AGENTE CAUSAL	SÍNTOMAS	VÍAS DE TRANSMISIÓN
Tricomoniasis	<i>Protista:</i> <i>Trichomona</i> <i>Vaginales</i>	En mujeres flujo amarillento o verdoso abundante y de mal olor, así como comezón en los ganglios, ardor al orinar, inflamación de la vulva y la vagina y dolor abdominal. En los hombres generalmente no aparecen síntomas, en algunos casos se inflama la uretra y hay secreciones.	Por relaciones sexuales sin protección o por contacto con retretes, toallas o ropa húmeda infectada.
Monoliasis	Hongo <i>Cándida</i> <i>Albicanis</i>	En las mujeres se presenta comezón e irritación en la vulva, flujo blanco con grumos, resequedad vaginal y dolor al orinar y durante las relaciones sexuales. En los hombres puede presentar enrojecimiento, salpullido o irritación en el pene y secreción por la uretra. También puede aparecer en forma de algodoncillo en el recto, la boca o garganta.	Relaciones sexuales sin protección, por contacto con ropa infectada o retretes, por vía perinatal durante el parto o por deficiencias en el sistema inmunológico.

Fuente: Secretaría de Educación Pública SEP (2012). ¡Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad!

Tabla 8. Descripción de infecciones de transmisión sexual más comunes.

INFECCIÓN	AGENTE CAUSAL	SINTOMAS	VÍAS DE TRANSMISIÓN
Vaginosis	Bacteria	En las mujeres puede aparecer un flujo grisáceo de muy mal olor, hay comezón en los genitales y puede haber dolor al tener relaciones sexuales.	Por relaciones sexuales y falta de higiene
Herpes genital	Virus del herpes simple (VHS) tipo 1 y 2.	El primer brote ocurre generalmente dentro de las dos semanas siguientes a la transmisión del virus y las llagas se curan típicamente en dos a cuatro semanas. Otros signos y síntomas durante el episodio primario pueden incluir una segunda serie de llagas y síntomas parecidos a la gripe, entre ellos fiebre e inflamación de las glándulas. La mayoría de las personas con la infección por VHS-2 nunca presentan llagas o pueden tener signos muy leves que no se notan o que se confunden con picaduras de insectos u afecciones de la piel.	Por contacto sexual aunque no haya llagas.

Fuente: Secretaría de Educación Pública SEP (2012). ¡Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad!

Tabla 9. Descripción de infecciones de transmisión sexual más comunes.

INFECCIÓN	AGENTE CAUSAL	SÍNTOMAS	VÍAS DE TRANSMISIÓN
Hepatitis B	Virus de la Hepatitis B (VHB)	<p>Puede causar una infección para toda la vida, cirrosis (cicatrización) del hígado, cáncer del hígado, falla hepática y la muerte. Los principales síntomas son: piel amarilla o parte blanca de los ojos amarillenta (ictericia), cansancio, pérdida del apetito, náusea, malestar abdominal, orina oscura, excremento de color arcilla y dolor en las articulaciones</p>	<p>A través de la sangre o fluidos corporales en las relaciones sexuales, al compartir jeringas y de la madre al hijo durante el parto.</p>

Fuente: Secretaría de Educación Pública SEP (2012). ¡Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad!

Tabla 10. Descripción de infecciones de transmisión sexual más comunes.

INFECCIÓN	SINTOMAS	VÍAS DE TRANSMISIÓN
<p data-bbox="204 931 443 1294">Virus del Papiloma Humano Virus (existen aproximadamente más de 100 tipos, 30 de los cuales afectan la vagina)</p>	<p data-bbox="472 432 1106 958">La mayoría de las personas infectadas por el VPH no presentan síntomas o problemas de salud. Ciertos tipos del VPH (tipo 6 y 11) pueden causar verrugas genitales; otros tipos (16, 18,31 y 45) pueden causar cáncer de cuello uterino y otros cánceres menos comunes como el de vulva, vagina, ano y pene. A menudo, los tipos del VPH se clasifican como de “bajo riesgo” (causantes de verrugas) o de “alto riesgo” (causantes de cáncer).</p> <p data-bbox="472 992 1106 1518">Las verrugas genitales aparecen en el área genital como pequeños granitos individuales o en grupos. Pueden ser planas o elevadas, únicas o múltiples y en ciertos casos, tener forma de coliflor. Pueden aparecer semanas o meses después del contacto sexual con una persona infectada o puede que nunca aparezcan. Si no se tratan pueden desaparecer, quedarse igual o aumentar en tamaño y en número. No se convertirán en cáncer.</p> <p data-bbox="472 1552 1106 1863">El cáncer de cuello uterino no presenta síntomas sino hasta que está en una etapa avanzada. Por eso es importante que las mujeres se realicen periódicamente pruebas de detección del cáncer de cuello uterino como el Papanicolaou y colposcopia.</p>	<p data-bbox="1169 1099 1362 1126">Por vía sexual.</p>

Fuente: Secretaría de Educación Pública SEP (2012). ¡Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad!

Tabla 11. Descripción de infecciones de transmisión sexual más comunes.

INFECCIÓN	AGENTE CAUSAL	SINTOMAS	VÍAS DE TRANSMISIÓN
Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA)	Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH	<p>El virus rompe el equilibrio de las células encargadas de proteger el cuerpo; lo dejan indefenso ante enfermedades de cualquier tipo. Inicialmente no hay síntomas; éstos pueden presentarse hasta diez años después de haberse dado el contagio del VIH.</p> <p>Pasada esta etapa, se da un cuadro de adelgazamiento y debilitamiento, se presenta susceptibilidad mayor a contagiarse de forma grave de enfermedades comunes: gripes que terminan en neumonías, diarreas de larga evolución, etcétera.</p> <p>Cabe mencionar que para esta enfermedad no existe ningún tratamiento efectivo y, por lo general, la persona infectada muere entre los 10 y los 15 años posteriores a la fecha en que se dio la infección.</p>	<p>Se adquiere por contacto sexual, por vía sanguínea, al nacer un niño de una madre infectada o por amamantamiento</p>

Fuente: Secretaría de Educación Pública SEP (2012). ¡Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad!

1.7.4. Datos epidemiológicos

En 2004 se infectaron casi cinco millones de personas por el VIH, de los que la mitad fueron jóvenes de entre 15 y 24 años. Algunas ITS son asintomáticas, es decir que no presentan síntomas. En varias partes del mundo las investigaciones confirman que los muchachos adolescentes a menudo tienen tasas altas de ITS, y que a menudo ignoran estas infecciones o se fían de remedios caseros o del auto tratamiento. Cada año, una de cada 20 muchachas adolescentes contrae una infección bacteriana por contacto sexual, y se observan infecciones a edades cada vez más tempranas. (Gobierno del Estado de México, 2010; Organización Mundial de la Salud, 2008).

Según datos y cifras de la OMS (2011) reportan que cada año se producen 448 millones de nuevos casos de ITS curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis). Y 900 mil personas se infectan a diario, alrededor de 500 casos por minuto. En esta cifra no se incluyen las infecciones por el VIH y otras ITS que siguen afectando la vida de las personas y las comunidades en todo el mundo. En los países en desarrollo, las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco primeras categorías de enfermedades siendo la mayor proporción de casos en personas de 15 a 49 años, siendo similar en ambos sexos, observándose un ligero predominio entre los hombres.

Los datos epidemiológicos desglosados por regiones muestran que tanto la prevalencia como la incidencia de las ITS son más altas en los países en vías de desarrollo que en los países industrializados. Además, los datos disponibles en distintas regiones del mundo revelan que las ITS afectan de manera particular a las personas que viven en poblaciones marginadas, ya que generalmente estas personas tienen problemas para acceder a los servicios de salud, a lo que se suma el hecho de que las zonas marginadas carecen de personal calificado y equipo que permita un diagnóstico confiable de las ITS. En lo que respecta a la mayor o menor prevalencia de las ITS entre los distintos países y grupos poblacionales, la WHO ha señalado que: Cualquier cifra a nivel mundial, puede ocultar la gran diferencia en incidencia y prevalencia que existe en distintas regiones y países. Aún en los países, la prevalencia podría ser alta en grupos específicos de alto riesgo o en la población en general (Fundación Mexicana para la Salud, 2011).

El primer caso conocido en México del VIH/SIDA fue identificado en 1983. Después de 20 años, el número de casos acumulados registrados sobrepasa los 70,000. México en 2004 ocupó el tercer lugar en el continente americano y el decimoprimer en el mundo (Salas & Álvarez, 2004).

La OMS estimó que en México ocurren anualmente siete millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables: tricomonas, clamidia, gonorrea y sífilis. El SIDA es la tercera causa de muerte entre los hombres de 25 a 34 años de edad y la sexta entre las mujeres de esa misma edad. Tomando en cuenta el largo periodo de incubación del virus puede afirmarse que la infección suele ocurrir durante la adolescencia y juventud. La vía de transmisión sexual es la más importante, con 95.1% de los casos de los cuales 27.1% corresponde a la categoría homosexual; 19.3% a la categoría bisexual y 48.7% a la categoría heterosexual. Por vía sanguínea se transmiten 4.6% de casos, por uso de drogas 0.3 por ciento. La relación hombre-mujer en las zonas urbanas es de una mujer infectada por cada cinco hombres y de una mujer por cada cuatro hombres en las zonas rurales. A la fecha, los casos acumulados de sida a nivel nacional suman 121 mil 718 (Gobierno del Estado de México, 2010).

En México, tres de cada 10 jóvenes de entre 18 y 30 años ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS), y tan sólo en los hospitales del IMSS se atiende cada día a 15 por ciento de dichos pacientes, que padecen, principalmente, gonorrea, herpes, clamidia y VIH/SIDA. Según estadísticas del IMSS, la gonorrea entre sus derechohabientes tiene una prevalencia hasta de 18%, y la clamidia de 9 a 11% (Galicia, 2010).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2010), en estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud menciona que entre los jóvenes de 15 a 19 años, la infección más común es la candidiasis urogenital cuya tasa de incidencia es de 206.96 por cada 100 000 habitantes. A esta infección le sigue el Virus de Papiloma Humano que cuya tasa es de 11.48 en 2008. Finalmente, la tercera infección para este grupo de edad es la sífilis, que se ha incrementado de 2.01 a 5.72 de 2003 a 2008.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, durante 2012:

- 118 casos de sífilis congénita, 58 hombres (49.1%) y 60 mujeres (50.9%).
- 3038 casos de sífilis adquirida, 1668 hombres (54.9%) y 1370 mujeres (45.1%).
- 1389 casos de infección gonocócica genitourinaria, 542 hombres (39%) y 847 mujeres (61%).¹

Según el IMSS, aproximadamente 5 por ciento de las mujeres mayores de 30 años es portador del Virus del papiloma humano (onceavo motivo de muerte en el país), el cual se asocia con 90% de los casos de cáncer cervicouterino. Por su parte, Gerardo Tinoco Jaramillo, jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Zona 2A Troncoso, señaló que en 2008 los servicios de consulta familiar reportaron más de 125 mil casos relacionados con infecciones

diversas por contacto sexual. En México para el 2010, 32% de la población afectada con VIH/sida tiene menos de 25 años, y la gran mayoría se contagió entre los 15 y 18 años de edad (Galicia, 2010).

En relación con el Virus del Papiloma Humano (VPH), es considerada como una de las infecciones de transmisión sexual más mortífera. Casi todos los casos de cáncer cervicouterino están asociados a infección genital por este virus. El cáncer del cuello del útero es el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres, y causa cada año 500 000 casos nuevos y 250 000 defunciones. Para el 2011 se reportaron 36,333 nuevos casos, de estos 96% fueron mujeres. En este mismo año la tasa de incidencia de casos nuevos de VPH es de 2.7 por cada 100 mil hombres y la femenina es de 62.71 por cada 100 mil mujeres de las mismas edades. De 25 a 44 años fue el grupo de edad con mayor afección de nuevos casos de Virus del Papiloma Humano, a razón de 24 mujeres por cada hombre (Instituto Nacional de Mujeres, 2012).

1.7.5. Formas de transmisión

Las ITS se transmiten generalmente mediante el contacto sexual sin protección cuando existe penetración, ya sea por sexo vaginal (pene-vagina) o anal (pene-ano), aunque también es posible adquirir una ITS mediante el sexo oral (contacto de la boca con los órganos sexuales) u otras vías como la sanguínea o perinatal (Fundación Mexicana para la Salud, 2011; SEP, 2012).

De acuerdo a la Fundación Mexicana para la Salud (2011) las infecciones de transmisión sexual se transmiten generalmente mediante el contacto con:

- * Fluidos corporales infectados, como sangre, semen, secreciones vaginales o saliva (hepatitis B).
- * A través de la contigüidad de la piel por medio de heridas micro o macro o membranas mucosas como, por ejemplo, mediante una úlcera en la boca, pene, ano o vagina, o por el edema causado por secreciones patógenas en esos mismos sitios.
- * Juguetes sexuales contaminados.

1.7.6. Signos y síntomas

Son varios los problemas que puede presentarse si no son diagnosticadas a tiempo y entre los más graves se encuentran: afectar la fertilidad de una persona y hacerle difícil o imposible concebir hijos en el futuro. Si una mujer contrae una ITS durante el embarazo puede provocar defectos o infecciones en su bebé (SEP, 2012).

La mayoría de las ITS pueden curarse si se les detecta a tiempo y se les trata adecuadamente, de acuerdo a la Secretaría de Salud (2002), algunas de las señales o síntomas más comunes de las ITS tanto en hombres como en mujeres son:

- * Ardor o dolor al orinar
- * Secreción u olor extraño en la vagina o en el pene
- * Escoriaciones, ampollas, irritación, hinchazón o crecimiento de bultos alrededor de los genitales (que pueden o no doler).
- * Comezón, ardor o dolor en los genitales o cerca de ellos
- * Dolor al tener relaciones sexuales
- * Dolor en la parte baja del abdomen
- * Úlceras en los genitales

1.7.7. Factores de riesgo de las ITS

Para la Fundación Mexicana para la Salud (2011) agrupa en 3 categorías los factores que incrementan el riesgo de contagio de ITS.

1) Factores biológicos:

- Edad. Las y los jóvenes corren mayor riesgo cuando la iniciación sexual se da en la adolescencia temprana o antes. En las mujeres jóvenes la mucosa vaginal y el tejido cervical es inmaduro, lo que las vuelve más vulnerable a las ITS.
- Estado inmunológico. El estado inmunológico del huésped y la virulencia del agente infeccioso afectan la transmisión de las ITS. Las ITS aumentan el riesgo de transmisión de VIH, pero también el VIH facilita la transmisión de las ITS y agrava las complicaciones de las mismas, ya que debilita el sistema inmunológico.
- Tipo de relación sexual. Las ITS pueden entrar al organismo con mucha mayor facilidad a través de las mucosas de la vagina, recto o boca que por la piel. Dado que en las mujeres la superficie mucosa de la vagina que se pone en contacto con el agente infeccioso es más grande, ellas pueden infectarse más fácilmente. Los

hombres y mujeres que tienen coito anal, debido a la exposición de la mucosa rectal también tienen más posibilidades de infectarse.

- Durante el coito, la pareja receptora (hombre o mujer) por lo general se encuentra más expuesta a las secreciones genitales en cuanto a cantidad y duración de la exposición. La falta de lubricación, así como una mayor vascularización de la zona, pueden facilitar lesiones o el ingreso de infecciones; como sucede durante los cambios en el cuello uterino durante el ciclo menstrual, el uso de hormonas o ante la presencia de hemorroides en el recto u otra patología ano rectal.
- Circuncisión. Estudios recientes sobre prevención del VIH han demostrado una eficacia del 68% cuando la pareja sexual se encuentra circuncidada. El tener prepucio, es considerado como riesgo en la adquisición de las ITS.

2) Factores conductuales:

Las conductas que aumentan el riesgo de infección incluyen:

- Tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas
- Tener varias parejas sexuales simultáneas.
- Cambiar frecuentemente de parejas sexuales.
- Mantener contacto sexual con parejas “casuales”, trabajadoras y/o trabajadores sexuales o sus clientes sin protección.
- Compartir juguetes sexuales sin limpieza adecuada previa, que se utilicen en vagina, ano/recto o boca.
- Tener relaciones sexuales con penetración y sin protección.
- Haber tenido una ITS durante el último año, ya que se corre el riesgo de volver a contraer la infección si no se modifica la conducta sexual.
- Tener relaciones sexuales bajo coerción o violencia.

3) Factores sociales:

- Diferencias de poder. En una relación sexual cuando existen jerarquías, poder económico, diferencias de edad o aspectos culturales que establecen discriminación hacia un grupo de la población se dan diferencias de poder que ponen en desventaja a una de las partes. En muchas culturas, las mujeres toman

pocas decisiones sobre sus prácticas sexuales, lo que les impide protegerse mediante el uso de condones. Un hombre o mujer que es penetrado bajo coerción, que es menor de edad o cuando ofrece un servicio sexual tiene menores posibilidades de negociación y mayores posibilidades de ser infectado.

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

Estos grupos incluyen:

- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- Mujeres transgénero.
- Trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes.
- Hombres o mujeres que tienen múltiples parejas sexuales simultáneas.
- Hombres o mujeres alejados de sus parejas sexuales habituales: conductores de largas distancias o soldados.
- Personas privadas de la libertad.
- Mujeres y hombres que viven violencia sexual.
- Jóvenes sin información y servicios adecuados.
- Poblaciones indígenas o marginadas.
- Población migrante.
- Mujeres embarazadas.

El Instituto Nacional de Salud Pública INSP (2006), por medio de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2006), que es un diagnóstico actualizado que ofrece las condiciones de salud de los mexicanos, en su sección de adolescentes reportan que 14.4% de 25,056 adolescentes de entre 10 y 19 años de edad reportó tener relaciones sexuales, y, de estos, 56.6% de las mujeres y 29.6% de los hombres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual; (el no utilizar condón durante las relaciones sexuales son factores de riesgo para adquirir una ITS o embarazarse sin planearlo) promover el uso correcto del condón es la conducta preventiva central de los programas de intervención relacionados con la salud

sexual de los jóvenes; sobre todo si se considera su uso en la primera relación sexual hace más probable que los jóvenes se protejan en encuentros sexuales posteriores (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006).

Castro (2010) realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal a un grupo de adolescentes de una escuela Secundaria en Cuba, con el fin de determinar conocimientos y factores de riesgo de las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes. La muestra correspondió a 228 alumnos pertenecientes a la escuela Secundaria que cursaban 7mo, 8vo y 9no grados, en edades comprendidas entre 11 y 16 años de edad; Los datos se recogieron de una fuente primaria, el procedimiento fue el interrogatorio y el método para recolectar los datos fue una encuesta anónima con preguntas semi abiertas, la que comprendió tres bloques de preguntas relacionadas con datos de caracterización general, nivel de conocimiento y factores de riesgos, aparte se investigaron algunas variables como: inicio de las relaciones sexuales, edad de inicio de las relaciones sexuales, motivación para la primera relación sexual, uso de condón y número de compañeros sexuales. En los resultados se encontró que las mujeres presentaron una mejor preparación en cuanto a tipos de ITS y formas de prevención, con una valoración de buenos conocimientos mientras que en relación con las manifestaciones clínicas de las ITS, ambos sexos presentaron resultados entre regulares y malos en su gran mayoría. En lo que corresponde a factores de riesgo se identificó que 27.1%, ya tienen vida sexual activa de los cuales la mayoría son hombres entre 13 y 14 años de edad, al explorar los motivos más fuertes por los que iniciaban las relaciones sexuales obtuvieron en primer lugar la curiosidad con 53.2%; en segundo lugar, la búsqueda de compañía, apoyo y afecto con 50%, seguida de experimentar placer con 40.3 %, al analizar el número de parejas sexuales que han tenido los adolescentes se obtuvo, que del total de estudiantes con relaciones sexuales, 51.6 % había tenido de 1 a 3 parejas sexuales, en cuanto al uso del condón 80.7% a veces lo utiliza.

1.7.8. Consecuencias de las IT

Medicas:

Las ITS pueden causar enfermedades graves y acarrear importantes consecuencias para la salud a largo plazo y, en ciertos casos, llevar a la muerte. La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) puede producir una afección aguda y/o dolor pélvico crónico. En los países en vías de desarrollo, se ha informado que uno de cada siete hombres presenta estenosis (estrechamiento) uretral como consecuencia de alguna ITS. Las ITS también se vinculan con el desarrollo del cáncer de pene, cuello uterino, vagina y ano (Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2004).

La esterilidad también es una consecuencia potencial de las ITS tanto en hombres como en mujeres. Alrededor de una de cada cinco mujeres con EPI resultan estériles⁷. Entre las mujeres de África, se estima que la EPI es la causante de entre el 50% y el 80% de los casos de infertilidad (Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2004).

Las consecuencias de una ITS para el feto durante el embarazo o el recién nacido en el parto pueden ser graves. Las ITS pueden provocar embarazos ectópicos, abortos espontáneos, rotura prematura de las membranas, trabajo de parto prematuro y poco peso al nacer. Por ejemplo, la sífilis durante el embarazo puede provocar la pérdida del bebé en un tercio de los casos y malformaciones congénitas en otro tercio. Los datos recogidos en Sudáfrica sobre la sífilis durante el embarazo indicaron una probabilidad 19 veces mayor de que se produjeran muertes perinatales si no se recibía un tratamiento o bien, si era incompleto. Las infecciones en los recién nacidos, como la neumonía, las infecciones oculares y la meningitis también pueden ser consecuencia de haber padecido una ITS durante el embarazo o en el alumbramiento.

Se estima que alrededor del 3% de los recién nacidos con infecciones gonocócicas oculares padecerán ceguera total de no ser tratados y el 20% padecerá algún tipo de lesión en la cornea¹⁰. Otras consecuencias que pueden tener las ITS en el feto incluyen las lesiones neurológicas y las malformaciones congénitas como la ceguera y la sordera.

Algunas de las consecuencias de las ITS pueden resultar evidentes en el nacimiento, pero otras pueden no ser detectadas hasta unos meses o años más tarde (Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2004).

Emocionales y sociales:

La preocupación por las consecuencias para la salud y la culpa de infectar a la pareja o a un niño pueden provocar mucha tensión. Por otra parte, las ITS también se relacionan con un considerable nivel de estigma social. La esterilidad puede causar un gran impacto emocional en los individuos y conlleva la aparición del estigma, en especial para las mujeres en sociedades en las que se otorga gran valor a la capacidad de una mujer de procrear. Entre los impactos sociales que producen las ITS y la esterilidad pueden mencionarse los problemas de relaciones, la violencia en el hogar, el divorcio y el abandono (Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2004).

Las ITS traen complicaciones tanto como para el hombre y la mujer (PRONASIDA, 2008):

Tabla 12. Complicaciones de las ITS.

Mujeres	Hombres	Recién nacidos	Sociales
Enfermedad pélvica inflamatoria	Infertilidad.	Infecciones que pueden provocar ceguera ó neumonía	Violencia
Dolor abdominal crónico	Cáncer de pene	malformaciones	Abandono
Infertilidad		Lesiones dermatológicas.	
Embarazo ectópico			
Cáncer de cuello uterino			
Aborto espontáneo			

Fuente: Programa Nacional de Control de SIDA/ITS PRONASIDA (2008).

1.7.9. Medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual

De acuerdo con la Secretaria de Salud (2002) existen diversas maneras para protegerse de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH:

- ✓ Usar un condón correctamente cada vez que se tenga un contacto sexual. Los condones pueden a la vez reducir el riesgo de contraer una ITS y prevenir un embarazo no planeado.
- ✓ Tener relaciones sexuales protegidas. En la medida que la pareja tenga la comunicación necesaria, hablen de lo que les preocupa y negocien el uso del condón, entonces no corren el riesgo de una infección de transmisión sexual, en consecuencia disfrutarán de una sexualidad placentera y responsable.

- ✓ No compartir agujas o jeringas. Es conveniente que las personas pongan atención en no compartir agujas o jeringas que no estén esterilizadas.
- ✓ Hablar con la pareja respecto a la sexualidad y las ITS. Antes de involucrarse sexualmente con alguien, es importante hablar sobre las expectativas de la pareja, el momento más oportuno para las relaciones sexuales y la necesidad de prevenir las ITS.
- ✓ No mezclar el sexo con el alcohol o con otras drogas. Las drogas y el alcohol influyen en las conductas y prácticas sexuales. Pueden llevar a las personas a hacer cosas que no harían si no estuvieran alcoholizados o drogados y correr riesgos innecesarios. Por ejemplo, alguien puede olvidarse de usar un condón y tener relaciones sexuales sin protección.

1.8. Embarazo en la adolescencia

El embarazo es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término (SEP, 2002).

El embarazo en la adolescencia según la OMS (2009) es aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal, al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen, es decir, que se produce entre los 11 y 19 años de edad.

Menéndez & Navas (2012) definen el embarazo adolescente como aquel embarazo que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. También se suele designar como embarazo precoz en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad (Secretaría de Educación Pública, 2012).

La adolescencia suele ser la edad de las contradicciones e incomprensiones donde se hace posible el descubrimiento en uno, de los demás y de la ampliación del horizonte individual. El perfeccionamiento y madurez de estas características psicosociales se desplazan en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madurez biológica imperante en esta etapa. Todo esto unido a la desinformación y a la falta de educación en el orden sexual, posibilita que los adolescentes se crean aptos para concebir, por lo que se considera este período como importante grupo de riesgo en la salud reproductiva, que pudieran dar lugar a

una maternidad y paternidad precoz (González, Hernández, Conde, Hernández & Brizuela, 2010).

1.8.1. Datos epidemiológicos

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social. Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional (León, Minassian, Borgoño & Bustamante, 2008).

La OMS (2009) estima que 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz cada año, de los cuales el 95% de los nacimientos ocurren en países de desarrollo.

En México el número de mujeres adolescentes se incrementó de manera importante durante los últimos treinta años. En 1970 había aproximadamente 5.7 millones, para el año 2000 esta población casi se duplicó al llegar a 10.7 millones. En contraste, durante éste mismo periodo la tasa de nacimientos en madres adolescentes descendió de forma considerable, mientras que en 1970 había 58 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes, para el año de 1998 se redujo a 36 nacimientos por cada mil (CONAPO, 1998).

De acuerdo con Hernández (2009) en México las mujeres se casan o se unen en promedio a los 20 años y hombres después de los 23.

20.9% de la población femenina esta en edad fértil y son adolescentes.

Los nacimientos provenientes de madres adolescentes mexicanas son de aproximadamente 450 mil al año (Hernández, 2009).

Aproximadamente 40% de los 182 millones de embarazos que ocurren anualmente son no deseados ni planeados. Cada año, 46 millones de embarazos no deseados terminan en aborto, de los cuales 20 millones se realizan en condiciones de riesgo (Hernández, 2009).

En 2011, nacieron en México 472,987 niñas y niños cuyas madres eran menores de 19 años; de ellas, 11,521 tenían menos de 15 años. Esta cifra implica que prácticamente uno de cada cinco partos en México se registra en esos grupos de edad. Es de destacarse que entre la población femenina adolescente, 25% no tiene acceso a métodos anticonceptivos, mientras que para el resto de las mujeres el no acceso es de 12.4% (Fuentes, 2013).

El INEGI (2011) señala que siete Estados son los que tienen la tasa más alta de fecundidad la cual ubica del 64.77% al 79.56% en donde se encuentran: Chiapas, Guerrero, Chihuahua, Coahuila, Nayarit, Sinaloa, y Durango. De tales datos se observa que Durango es el Estado que cuenta con la tasa más alta de fecundidad en adolescentes de los 15 a los 19 años de edad con 79.56% y por el contrario la tasa de incidencia más baja la tiene el Distrito Federal con 36.39% (Gamboa, 2013).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2012), se destaca que entre 2005 y 2011 los embarazos adolescentes aumentaron de 30 a 37 por cada mil mujeres mexicanas. Incluso el número de mujeres de 12 a 19 años atendidas por embarazo alcanzó un 74.4 por ciento en 2012 (Gamboa, 2013).

Es necesario destacar adicionalmente, que a menor edad de la mujer en su primer embarazo, es mayor la probabilidad de que tenga más hijos a lo largo de su vida. En efecto, la información del INEGI muestra que de los 11,521 partos en mujeres de hasta 15 años de edad registrados en 2011, en 1,038 casos son mujeres que ya tienen 2 hijos; 470 tienen 3 hijos; 212 tienen 4 hijos, 121 tienen 5 hijos, mientras que 66 niñas en esa edad tienen 6 hijos (Fuentes, 2013).

Por otra parte, en el grupo de las mujeres de 15 a 19 años de edad, entre quienes se registraron 461,466 partos en 2011, en 354,326 casos fueron madres por primera vez; en 84,375 casos es ya su segundo hijo; en 16,165 casos son mujeres con ya tres hijos; en 3,674 casos se trata de mujeres con ya cuatro hijos; en 1,304 casos con cinco hijos; y en 630 casos con seis hijos.

De acuerdo con los datos del INEGI, las muertes maternas de las niñas y adolescentes representan, en promedio, el 13% del total de las contabilizadas en las últimas dos décadas, es decir, entre 1990 y el año 2010; el dato es digno de ser destacado porque la mortalidad materna en este grupo de edad se ha mantenido constante a lo largo de los últimos 20 años, lo cual implica que los riesgos asociados a los embarazos a corta edad no han logrado reducirse. Al respecto, quizá el dato a destacarse es que en 2011 se llegó precisamente al récord en el porcentaje de muertes maternas en la edad adolescente, pues en ese año estos fallecimientos representaron el 14% del total de las defunciones de mujeres durante o a consecuencia del parto (Fuentes, 2013).

En números absolutos, lo anterior significa que de los 28,580 casos de muertes maternas que ha habido en el país, en 3,659 de ellos quienes perdieron la vida eran niñas y adolescentes menores de 19 años (Fuentes, 2013).

De acuerdo con las proyecciones de población elaboradas hasta el año 2050 por el Consejo Nacional de Población (1999), se estima que la población entre 10 y 19 años, debido al peso de la inercia demográfica, continuará aumentando hasta el año 2006 con un máximo histórico de 21.8 millones, y entonces empezará a reducir su tamaño para alcanzar 13.5 millones en el año 2050 (Secretaría de Salud, 2002).

1.8.2. Factores de riesgo de embarazo adolescente

Indudablemente los factores asociados a embarazo en adolescentes son multivariados, pero se resalta la escuela ya que es un espacio importante en la vida de las y los adolescentes y donde actualmente conviven y encuentran a sus amigos de toda la vida, viven su primer amor e incluso su primer compañero sexual (Trillo, Loreto & Figueroa, 2010).

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente León, Minassian, Borgoño & Bustamante (2008), los agrupan en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, baja autoestima, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

Para Armendáriz y Medel (2010) las principales causas o razones que existen en la sociedad y que influyen en una adolescente para quedar embarazada son:

- Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

- Familia disfuncional: la ausencia de los padres genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto que un genuino vínculo de amor.
- Bajo nivel educativo.
- Pensamientos mágicos: propios en esta etapa de la vida, que las llevan a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados, y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- Falta o distorsión de la información.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, con frecuencia por rebeldía, y a la vez como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones, no implementan medidas anticonceptivas.
- Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres, derivado de una nueva libertad sexual, se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.
- La falta de una adecuada educación sobre sexualidad y el uso correcto de métodos anticonceptivos.

Los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres, sin embargo el tipo de familia no constituyó un factor que incidiera en éste nivel de conocimientos; mas aparte el embarazo adolescente se deriva del no utilizar anticonceptivos debido al acceso limitado a servicios, carencia de métodos, limitación de recursos económicos, creencias personales, objeciones familiares y/o temores por la salud, ya que los adolescentes son particularmente susceptibles al embarazo no deseado y a los riesgos de una actividad sexual temprana y sin protección debido a la falta de información y servicios (Armendáriz & Medel, 2010; Hernández, 2009).

Montalvo (2007) hizo un estudio descriptivo con estudiantes que comprenden las edades de 15 a 20 años. Con la finalidad de determinar los factores que predisponen a un embarazo adolescente; en primer lugar identifico conocimiento que tienen las adolescentes con un embarazo a temprana edad y después los factores de riesgo de un embarazo. En los resultados encontró que 20% de los adolescentes ya tuvieron relaciones sexuales, 98% saben como prevenir un embarazo, 98% de estudiantes recibe información de sexualidad por medio de las escuelas, y 20% dijo que los embarazos se dan por no utilizar métodos anticonceptivos, 38% dicen que los embarazos se dan por falta de información.

1.8.3. Consecuencias de embarazo adolescente

El embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Las implicaciones de riesgo obstétrico en la adolescencia temprana incluyen un incremento en la frecuencia de desproporción céfalo-pélvica, condición que amerita la realización de operación cesárea para la resolución del evento obstétrico y cuando el embarazo ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna. En efecto, poco más del 13% de las defunciones maternas ocurre en mujeres menores de 20 años. Por otra parte, la frecuencia de defectos al nacimiento de tipo multifactorial incluyendo bajo peso, aberraciones cromosómicas y malformaciones congénitas, ocurren en madres adolescentes en una proporción significativamente mayor, en comparación con las embarazadas adultas.

Las consecuencias que tiene el embarazo en adolescentes sobre salud de la madre y su hijo es variable debido a que es un problema que no sólo afecta lo biológico, sino también la esfera psicológica y social (Secretaría de Salud, 2002).

El aumento de embarazo no deseado en las adolescentes, lo que ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales (León et al; 2008):

1) Complicaciones somáticas

Para la madre:

- La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años. Con respecto a

la morbilidad materno fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro (León et al; 2008).

Para el hijo:

- El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables (León et al; 2008).
- Los hijos no planeados ni deseados de las adolescentes, frecuentemente son niños rechazados (consciente o inconscientemente) por la madre y la sociedad. Están más propensos a sufrir trastornos emocionales, golpes, abandono, carencias económicas, afectivas y educativas; o aun de carecer de un hogar por haber sido abandonados (Secretaría de Salud, 2002).
- Las jóvenes que deciden tener a sus bebés en principio buscan darles cuidados y protección. Ante la dificultad económica y las limitaciones que el hijo representa para su vida personal y social, tienden a desatenderlos por periodos prolongados, generando abandono y maltrato infantil. Con el transcurso del tiempo, puede suceder que el/la hijo(a) se convierta en un obstáculo ante una eventual relación de pareja.
- Es frecuente que los hijos de adolescentes presenten dificultades de adaptación social y escolar. Algunos problemas comunes son: agresividad, desobediencia, falta de concentración, dificultad para el control de impulso y mayor propensión a cometer actos delictivos (Secretaría de Salud, 2002).

2) Hernández (2009) establece que los aspectos psicológicos del embarazo adolescentes son:

- Ambivalencia hacia el embarazo.
- Temor a morir o sufrir durante el embarazo.
- Temor y fantasías por posible malformación.
- Rechazo hacia el embarazo.
- Preocupaciones obsesivas por el bienestar del feto.
- Problemas de pareja.
- Interferencia de la familia externa.
- Dependencia marcada de las familias de origen.
- Temor a no realizar un buen maternaje.
- Asesoría a familiares de pacientes embarazadas con retraso mental.
- Culpas por desatender a la pareja.
- Enojo por asumir el maternaje, el cual a veces se ve como limitante.
- Problemática durante la infancia o con la familia de origen, lo que hace cuestionarse qué tan buenas madres podrán ser.
- Resentimiento con la figura materna.
- Sentimiento de culpa de “fallar” a los padres.
- Sentimiento de culpa por separarse de los padres.
- Problemas relacionados con el abuso sexual e incesto.

3) Complicaciones Psicosociales

- Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social; el rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente (León et al; 2008). Un embarazo no planeado imprime en las adolescentes y en las jóvenes, particularmente los cambios sustantivos en sus proyectos de vida y su contribución a la deserción escolar; una deserción escolar muy costosa para las adolescentes y jóvenes por tratarse de niveles de educación secundaria, preparatoria y aun universitaria (Secretaría de Salud, 2002).

- Los cambios que genera un embarazo se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión de su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento), por lo tanto se producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, somatizaciones, intentos de aborto y en ocasiones de suicidio (Secretaría de Salud, 2002).
- La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia (León et al; 2008). En México es frecuente que la madre adolescente asuma la responsabilidad de criar a su hijo(a) a menudo con el apoyo de miembros de su familia de origen o de la familia del padre. El nacimiento de el/la nuevo hijo(a) puede generar confusión de roles familiares, por ejemplo: los abuelos asumen la función de padres y la madre prácticamente se relaciona como hermana mayor de su hijo(a) (Secretaría de Salud, 2002).
- La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante (León et al; 2008).
- La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones “las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes” (León et al; 2008).
- Algunas de las adolescentes embarazadas contemplan como alternativa el aborto. De llevarlo a la práctica enfrentarán problemas económicos (hay que pagarlo), morales (sentimientos de culpa), biológicos (generalmente se hacen en condiciones insalubres) e

ilegales (está penado por la ley). A lo largo de su vida será una situación que desearán ocultar. Si la joven continúa con el embarazo ocultando su situación, vivirá momentos de gran soledad, tensión, ansiedad e incertidumbre. En el momento en que se haga evidente requerirá tomar decisiones, enfrentar a la familia y a la sociedad.

- Algunas veces la tensión se ve incrementada por exigencias del compañero para realizar actos contrarios a sus deseos, como casarse o abortar (Secretaría de Salud, 2002).
- En casos extremos las madres son rechazadas por sus familiares, y se ven orilladas a vivir en condiciones adversas, con pocas posibilidades de bienestar y superación (Secretaría de Salud, 2002).

La pareja que se casa como consecuencia de un embarazo no deseado, tal vez no lo hagan con la persona que hubieran deseado, sino con la que tuvieron que casarse. Esto se traducirá en problemas de relación de pareja y desintegración familiar. Aun en el caso de que la pareja sea la deseada, les queda poco tiempo para ajustarse a las exigencias matrimoniales, enfrentando súbitamente las obligaciones y compromisos de la paternidad, cuando aún desean jugar y divertirse (Secretaría de Salud, 2002).

Una pareja adolescente puede tener sentimientos de afecto real, debido al gran cariño que se tienen mantienen vida sexual activa. Sin embargo por la incipiente identidad adulta, es casi seguro que al tiempo se modifiquen sus intereses, deseos, actitudes y afectos. La joven pareja, requiere tiempo para madurar y establecer un compromiso real. De no emplear medidas de control natal, es casi seguro que se verán involucrados en una paternidad y maternidad temprana no deseada, y en matrimonios precipitados que súbitamente los enfrenta con la responsabilidad de cuidar un hijo y un hogar (Secretaría de Salud, 2002).

Por lo que la Secretaría de Salud (2002) establece que también un embarazo en la adolescencia trae repercusiones en la pareja como:

- La carencia de recursos económicos lleva a la pareja a habitar en casa de los padres o los suegros, generando mayor dependencia familiar debido a que requieren someterse a las reglas familiares (Secretaría de Salud, 2002).

- El embarazo entre adolescentes lo consideran “la puerta de entrada al ciclo de la pobreza”. Estos jóvenes tienen más probabilidades de ser pobres, abandonar los estudios, percibir bajos salarios y divorciarse (Secretaría de Salud, 2002).
- Para el varón, la situación se presenta diferente. Injusta e irresponsablemente, muchos jóvenes siguen pensando que es obligación de la joven emplear métodos anticonceptivos, así mismo, adoptan una actitud negativa en el uso del condón. Si ocurre un embarazo no planeado, “no es de su incumbencia, ella no se cuidó”. Otros, en un aparente y limitado deseo de colaborar, se ofrecen a pagar un aborto. Sin embargo, muchos hombres que embarazan a una adolescente terminan abandonándola a su suerte, debido a la falta de responsabilidad y el tener miedo a un compromiso mayor. Se ha observado que los adolescentes que responden más favorablemente ante el embarazo de su pareja, son los novios que previo al embarazo mantienen una buena relación con ella y su familia, y cuya perspectiva socioeconómica es más favorable (Secretaría de Salud, 2002).
- La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta (León et al; 2008).
- Las madres solteras también verán limitados sus derechos legales, el acceso a los servicios de salud y fácilmente pueden caer en la prostitución. Comúnmente enfrentan solas las obligaciones debido a que no cuentan con el apoyo económico ni afectivo del padre de su hijo (Secretaría de Salud, 2002).

1.8.4. Medidas de prevención de embarazo en la adolescencia

Noguera & Alvarado (2012) mencionan las siguientes medidas para prevenir el embarazo adolescente:

»Permitir a las adolescentes ser partícipes de la elaboración de las políticas de salud sexual y reproductiva, con la finalidad de lograr articular la política y la realidad sentida

por la adolescente, lo cual permite empoderamiento alrededor de su sexualidad para la toma de decisiones responsables, autónomas y saludables.

»Adelantar acciones para que las mujeres adolescentes conozcan y se apropien de sus deberes y derechos en salud sexual y reproductiva.

»Brindar educación sexual y reproductiva a las adolescentes, enmarcada dentro de una formación que tenga bases en los aspectos afectivos y morales, lo cual permite dar sentido y responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad.

»Identificar redes de apoyo para estas madres con el fin de contribuir en el desempeño del nuevo rol al que se van a ver enfrentadas, además de incorporar a los padres, familia o cuidadores como agentes primarios de formación, reforzando la información que ellos manejan.

»Brindar asesoría en salud sexual y reproductiva, tanto en las instituciones de salud como de educación; dicha educación debe estar soportada y reforzada por la familia, los medios de comunicación, el personal de salud, grupos culturales, religiosos y centros de atención integral a adolescentes; debe estar dirigida a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, a promover su salud integral, buscando desarrollar un pensamiento crítico que permita adquirir actitudes positivas frente a la sexualidad y a la toma de decisiones sobre el cuidado de su cuerpo.

»Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, de tal forma que estos no se conviertan en una limitante al momento de ejercer los derechos en salud sexual y reproductiva.

»A través de la consejería en anticoncepción, sensibilizar, informar y motivar a las adolescentes sobre la importancia de los métodos de anticoncepción y el ejercicio de la sexualidad de manera libre, segura y responsable, con el fin de evitar embarazos no deseados y un segundo embarazo en las adolescentes que ya son madres.

»Contar con profesionales especializados en el tema, lo cual permite cualificar el cuidado que se brinda a la población adolescente y por ende impactar positivamente en la prevención del embarazo en este grupo poblacional.

»Capacitar permanentemente a todo el personal de salud que brinda orientación a la población adolescente, buscando lograr personal altamente calificado y capacitado para brindar atención integral a este grupo poblacional.

»Brindar educación oportuna, veraz y clara a la adolescente, a fin de ayudar a incrementar los conocimientos en salud sexual y reproductiva, generar actitudes para una sexualidad sana, postergar el inicio de la actividad sexual, promover prácticas sexuales protegidas y contribuir a una cultura que favorezca la sexualidad libre y sin riesgos.

»Divulgar información confiable sobre las características, ventajas y efectos secundarios de los distintos métodos de anticoncepción, así como verificar el entendimiento de la misma, partiendo de lo establecido en los derechos sexuales y reproductivos.

»Ofrecer servicios amigables a la población adolescente, servicios donde predomine la confianza, donde los jóvenes se sientan escuchados y sientan que su intimidad está siendo protegida.

1.9. Métodos anticonceptivos

La planificación familiar es el derecho de las personas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos (Maiztegui, 2006).

Los métodos anticonceptivos se definen como cualquier acción, instrumento o medicación dirigida a evitar la concepción de un embarazo pueden ser temporales y/o permanentes (Maiztegui, 2006).

Higashida (2007) menciona que los métodos anticonceptivos permiten a la pareja tener relaciones sexuales con un riesgo mínimo de embarazo y deben reunir las siguientes características:

1. Aceptabilidad: un método puede ser muy efectivo; sin embargo debe ser aceptado por la pareja de acuerdo con sus características raciales, culturales y socioeconómicas.
2. Inocuidad: no debe atentar contra la salud tanto de la pareja como del hijo, en caso de que se produzca el embarazo.

3. Reversibilidad: debe permitir a la pareja tener hijos cuando lo desee.
4. Eficacia: es la capacidad para evitar el embarazo por el lapso deseado por la pareja; pueden ser desde temporales hasta definitivos e irreversibles.
5. Facilidad de aplicación: un método difícil de aplicar no sería utilizado por la población
6. Bajo costo.

1.9.1. Clasificación de los métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos se pueden clasificar de diferente manera:

Tabla 13. Clasificación de los métodos anticonceptivos

Clasificación de los métodos anticonceptivos

	Naturales o fisiológicos	Abstinencia Ritmo (Ogino) Temperatura basal Moco cervical (Billings) Coito interrumpido
Temporales	Mecánicos o de barrera	Condón masculino Condón femenino Dispositivos intrauterino DIU Espermicidas
	Hormonales	Orales Inyectables Implante subdermico Parche anticonceptivos Píldora de emergencia
Definitivos o permanentes	Quirúrgicos	Salpingoclasia Oclusión tubaria bilateral Vasectomía

Fuente: Secretaría de Educación Pública 2012

1.9.2. Descripción de los métodos anticonceptivos

Anticonceptivos orales (Pastillas)

Descripción: Pastillas hechas a base de hormonas sintéticas (estrógenos y progesterona). Su función es modificar la composición hormonal del organismo evitando que ocurra la ovulación, así como la composición del moco cervical, haciendo difícil el movimiento de los espermatozoides y la implantación de un posible óvulo fecundado. Existen en presentación de 21 comprimidos y 28, en éstas las últimas siete contienen únicamente hierro y sirven para no perder la continuidad.

Efectividad: 97%

Ventajas:

- ✓ No interfieren en las relaciones sexuales.
- ✓ Ofrecen protección continua y efectiva.
- ✓ Pueden regular el ciclo menstrual y eliminar los cólicos.
- ✓ Pueden suspender por tiempo indefinido la menstruación
- ✓ Al dejarlas de usar se recupera la fertilidad de la mujer, aunque para ello pueden pasar de dos a cuatro meses.

Desventajas

- No es conveniente para mujeres que tienen relaciones sexuales con poca frecuencia.
- Se necesita motivación diaria y disciplina para tomar la píldora y evitar los olvidos, que pueden afectar su efectividad.
- No ofrece protección contra las ITS o el VIH-sida.
- Requiere consulta médica para su empleo.
- Puede tener efectos molestos como náusea, dolores de cabeza, sangrado a la mitad del ciclo, aumento de peso o dolor en los pechos.
- Se desconocen sus efectos a largo plazo.

Inyecciones

Descripción: su mecanismo de acción es igual al de las pastillas, sin embargo tiene la ventaja de que viene en presentaciones para uno, dos, y tres meses.

Efectividad: 97%

Ventajas:

- ✓ Muy efectivo y seguro.
- ✓ Privacidad
- ✓ No interviene en el coito.
- ✓ No hay que preocuparse diariamente como con la pastilla.

Desventajas:

- Probables cambios en el sangrado. Sobre todo al inicio
- La fertilidad demora en retornar hasta 4 meses.
- Se pueden presentar dolor de cabeza, aumento en la sensibilidad de senos.
- No protege contra ITS y VIH/SIDA

Anillo anticonceptivo vaginal

Descripción: Es un pequeño dispositivo flexible, en forma de anillo, transparente y flexible que se coloca en la vagina, durante tres semanas, tiempo durante el cual va liberando hormonas (estrógenos y progesterona). De esta manera se impide la ovulación y se engrosa el moco cervical.

Efectividad: 98%

Ventajas:

- ✓ Muy efectivo
- ✓ Privacidad
- ✓ No interviene en el coito.
- ✓ No hay que preocuparse diariamente como con la pastilla.

Desventajas:

- Se pueden presentar: flujo o irritación vaginal, dolor de cabeza, aumento de peso, náuseas, sangrados irregulares
- No protege contra ITS y VIH/SIDA
- Empieza a tener efecto más o menos a los 7 días posteriores a su inserción.

Hormonal subdérmico o implantes

Descripción: Se inserta en el antebrazo de la mujer, está formado por 6 cápsulas flexibles que contienen sólo progestágenos y se insertan en forma de abanico en el brazo de la mujer. Dicho procedimiento lo debe realizar un médico capacitado. Una vez insertados duran 5 años; actúan deteniendo la ovulación y alterando el moco cervical.

Efectividad: 98%

Ventajas:

- ✓ Muy efectivos.
- ✓ Luego de la implantación, protege de un embarazo por un mínimo de cinco años.
- ✓ No interfiere con la relación sexual.
- ✓ La fertilidad regresa inmediatamente después de que las cápsulas se retiran.

Desventajas:

- No protege de ITS
- Goteo entre menstruaciones
- Amenorrea.
- Dolores de cabeza, mareos, nerviosismo, náuseas, entre otras.

Hormonal Transdérmico o Parche anticonceptivo

Descripción: Consiste en un parche de plástico fino, de color beige, que se adhiere a la piel. A través de la corriente sanguínea va liberando cierta cantidad de hormonas que impiden el embarazo con los mismos mecanismos que las pastillas anticonceptivas.

Un parche por semana por tres semanas y la cuarta se descansa. Y se recomienda que se vaya rotando de ubicación (brazo, nalga, cintura etc.).

Efectividad: 99%

Ventajas:

- ✓ No interfiere con la relación sexual.
- ✓ No implica tanta atención como con las pastillas que son diarias.

Desventajas:

- NO protege contra las ITS.
- Si se olvida cambiarlo a la semana, puede haber un embarazo.
- Puede haber reacción en la piel sobre la que se coloca.
- Dolor menstrual o abdominal.
- Se debe consultar al médico antes de usarlo.

Dispositivo Intrauterino (DIU)

Descripción: Objeto plástico (polietileno) que mide aproximadamente 4 cm; los más comunes son la T de cobre y los que contienen hormonas. Tiene dos hilos que luego de ser colocados quedan colgando a través de la apertura del cuello de la matriz, los cuales la mujer debe revisar periódicamente para cerciorarse de que el DIU está bien colocado. Este método altera las condiciones del útero para evitar el paso de los espermatozoides y evitar que lleguen al óvulo. Posiblemente también impida el implante del óvulo fecundado

Efectividad: 95 a 99%

Ventajas:

- ✓ Muy efectivo y poco que recordar.
- ✓ Tiene una duración de hasta 10 años.
- ✓ La fertilidad regresa con relativa facilidad una vez que se retira.
- ✓ No interfiere con las relaciones sexuales.

Desventajas:

- No protege contra las ITS.
- Durante los primeros tres meses luego de la colocación puede haber sangrado abundante o goteo entre periodos así como cólicos y dolor durante los periodos.
- Requiere ser colocado y retirado por un especialista.

Calendario (Ritmo)

Descripción: Para poner en práctica este método de prevención de embarazo, la mujer debe tener un perfecto conocimiento de su ciclo menstrual y de sus días fértiles. Durante los días fértiles puede optar por:

- Abstenerse completamente de tener relaciones sexuales.
- Usar otro método como condón.
- El método requiere un mínimo de 6 meses de registro del ciclo menstrual.

Efectividad: Poco confiable sobre todo por fallas de las personas que los utilizan.

Ventajas:

- ✓ No tiene efectos colaterales.
- ✓ Sin costo.
- ✓ Pueden ser utilizados cuando ambos se comprometen.

- ✓ Aceptable para algunos grupos religiosos.
- ✓ Sin efecto durante la lactancia
- ✓ Involucran al hombre en la planificación familiar.

Desventajas:

- Medianamente efectivo.
- Se requiere tiempo para conocer el funcionamiento del cuerpo.
- Requiere llevar un registro del ciclo.
- Requiere estrecha cooperación y compromiso entre ambos miembros de la pareja.
- Requiere largos periodos sin penetración vaginal.
- La mujer debe tener ciclos regulares.

Moco cervical

Descripción: La mujer debe revisar diariamente sus secreciones cervicales. Cuando está en su periodo fértil la secreción se torna resbalosa, húmeda y se puede estirar entre los dedos. En este momento es cuando el coito se debe evitar. La pareja podrá tener relaciones cuando no haya secreción o cuando esta sea pegajosa o pastosa.

Efectividad: Poco confiable sobre todo por fallas de las personas que los utilizan.

Ventajas:

- ✓ No tiene efectos colaterales.
- ✓ Sin costo.
- ✓ Pueden ser utilizados cuando ambos se comprometen.
- ✓ Aceptable para algunos grupos religiosos.
- ✓ Sin efecto durante la lactancia
- ✓ Involucran al hombre en la planificación familiar.

Desventajas:

- Medianamente efectivo.
- Se requiere y conocimiento del cuerpo.
- Requiere llevar un registro del ciclo.
- Requiere estrecha cooperación y compromiso entre ambos miembros de la pareja.
- Requiere largos periodos sin penetración vaginal.
- La mujer debe tener ciclos regulares.

Temperatura Basal

Descripción: La mujer se debe tomar la temperatura, ya sea vía oral, rectal o vaginal todas las mañanas antes de levantarse de la cama. La temperatura de la mujer sube de .2 a .5 °C cerca del tiempo de ovulación. (Ver ciclo menstrual). En este momento la pareja debe evitar el coito o utilizar métodos de barrera.

Efectividad: Poco confiable sobre todo por fallas de las personas que los utilizan.

Ventajas:

- ✓ Sin efectos colaterales y costo.
- ✓ Pueden ser utilizados cuando ambos se comprometen.
- ✓ Aceptable para algunos grupos religiosos.
- ✓ Sin efecto durante la lactancia.
- ✓ Involucran al hombre en la planificación familiar.

Desventajas:

- Medianamente efectivo.
- Requiere tiempo y conocimiento del cuerpo.
- Requiere llevar un registro durante el ciclo.
- Requiere cooperación y compromiso de ambos miembros de la pareja.
- Requiere largos periodos sin penetración vaginal.
- La mujer debe tener ciclos regulares.

Coito interrumpido

Descripción: Durante el acto sexual, el pene se retira de la vagina antes de producirse la eyaculación.

Efectividad: Poco confiable

Ventajas:

- ✓ Sin efectos colaterales y costo.
- ✓ Pueden ser utilizados cuando ambos se comprometen.
- ✓ Aceptable para algunos grupos religiosos.
- ✓ Sin efecto durante la lactancia.
- ✓ Involucran al hombre en la planificación familiar.

Desventajas:

- Requiere mucho compromiso.
- Puede haber espermatozoides en el líquido pre eyaculatorio.

Condón Masculino o preservativo.

Descripción: Es una funda o cubierta generalmente hecha de látex para cubrir el pene erecto del hombre. Algunos están revestidos de lubricante o espermaticidas. Se hallan disponibles en diferentes tamaños, formas colores, sabores y texturas.

Retienen el semen dentro del condón, impidiendo así la entrada de los espermatozoides y otros microorganismos a la vagina.

Efectividad: De 85% a 97%

Ventajas:

- ✓ Contribuye a la prevención de ITS y SIDA cuando se usan correcta y consistentemente.
- ✓ Previene los embarazos.
- ✓ Disponible ampliamente.
- ✓ Fáciles de mantener a la mano para cuando se requieren.
- ✓ No tienen ningún efecto colateral.
- ✓ Pueden usarse por hombres de todas las edades.
- ✓ No requiere supervisión médica.
- ✓ Permite al hombre asumir un rol activo en la prevención de embarazos e ITS.
- ✓ Ayudan a que el hombre no eyacule prematuramente.

Desventajas:

- Protegen con poca eficacia, contra el herpes, el virus de la verruga genital (HPV) y otras enfermedades que pueden ocasionar úlceras en la piel no cubierta por el condón.
- Pueden causar irritación en las personas alérgicas al látex.
- Algunos hombres refieren reducción en la sensibilidad.
- Aunque mínima existe la posibilidad de que se rompa.

Condón Femenino.

Es una funda transparente y delgada hecha de un plástico suave (poliuretano). Tiene un anillo flexible y al interior otro movable, que sirve para fijarlo al fondo de la vagina.

Antes de tener relaciones la mujer lo coloca dentro de la vagina. Durante el coito el pene se introduce en la vagina recubierta por el condón femenino.

Efectividad: De 95%

Ventajas:

- ✓ Método controlado por la mujer.
- ✓ Contribuye a la prevención de ITS y SIDA y embarazos cuando se usan correcta y consistentemente.
- ✓ No tienen ningún efecto colateral.
- ✓ No requiere supervisión médica.

Desventajas:

- Actualmente es un método costoso.
- Requiere la participación de la pareja

Salpingoclasia (Ligadura de trompas)

Descripción: Método quirúrgico simple. A través de una leve incisión en el abdomen de la mujer para bloquear o cortar las trompas de Falopio, impidiendo la unión del espermatozoide con el óvulo. La mujer sigue teniendo sus periodos menstruales.

Efectividad: 99%

Ventajas:

- ✓ Muy efectiva cuando ya no se desea tener hijos.
- ✓ No interfiere en la relación sexual.
- ✓ Sin efectos a la Salud.
- ✓ Puede realizarse inmediatamente después de dar a luz.

Desventajas:

- Método quirúrgico que conlleva riesgos.
- Doloroso al principio.
- Difícilmente reversible.
- No protege de ITS

Vasectomía

Descripción: Método quirúrgico seguro, simple y rápido para hombres. Se realiza una pequeña incisión en el escroto y se cortan los conductos que llevan los espermatozoides. Con este procedimiento se logra que el semen no contenga espermatozoides. Luego del procedimiento deberán pasar 20 eyaculaciones o tres meses para garantizar que no haya espermatozoides.

Efectividad: 99%

Ventajas:

- ✓ Método muy efectivo para cuando ya no se desea tener hijos.
- ✓ No hay que recordar nada. Sólo utilizar condones para prevenir ITS.
- ✓ No interfiere con la relación sexual

Desventajas:

- No protege de ITS.
- Leves molestias durante 2 o 3 días luego del procedimiento.
- Sólo lo puede realizar personal capacitado.
- No es efectivo de manera inmediata.

Los métodos anticonceptivos que ofrecen una mayor seguridad anticonceptiva recomendados para adolescentes según la Secretaria de Salud (2002); son: los hormonales (pastillas e inyecciones) y el DIU.

Cuando además de la prevención de un embarazo, se desee evitar el contagio de una ITS, incluyendo el SIDA, deberá usarse el condón o preservativo. En los adolescentes no es recomendable la promoción de los métodos “naturales” o de abstinencia periódica ya que se ha visto que el índice de falla es muy alto (Secretaria de Salud, 2002)

Es importante el uso de métodos anticonceptivos porque permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada y contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y a mejorar y mantener el nivel de salud (Secretaria de Salud, 2002)

Cuando el adolescente decide solicitar un método anticonceptivo, es importante investigar algunos aspectos sobre su comportamiento sexual y sobre sus expectativas reproductivas para favorecer la correcta elección.

Para poder ofrecer un método anticonceptivo a los adolescentes es necesario investigar los siguientes antecedentes (Secretaria de Salud, 2002):

- * Vida sexual activa
- * Número de parejas sexuales
- * Planeación de las relaciones sexuales

- * Prácticas sexuales de riesgo
- * Frecuencia de relaciones sexuales
- * Tipo de relaciones (oral, anal, vaginal)
- * Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos
- * Antecedentes de embarazo, parto, cesárea o aborto
- * Antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS)

Con esta información el prestador de servicios informará al adolescente, a través de la consejería, sobre la gama completa de métodos, efectividad, forma y uso adecuado, contraindicaciones y posibles efectos colaterales (Secretaría de Salud, 2002).

1.10. Modelos y teorías educativas

1.10.1. Teoría del aprendizaje significativo

O' Connor (2000) define el aprendizaje como la adquisición y modificación de conocimientos, habilidades, estrategias, destrezas, actitudes y conductas por medio del estudio, la experiencia o la formación.

Las teorías del aprendizaje son un conjunto de estrategias, tácticas y técnicas de instrucción verificadas, que explican cómo se da el aprendizaje en los seres humanos (Ertmer & Newby, 1993).

La teoría del aprendizaje significativo propuesta por Ausubel (1983), esta teoría aborda todos y cada uno de los elementos, factores y condiciones que garantizan la adquisición, la asimilación y la retención del contenido que la escuela ofrece al alumnado, de modo que adquiriera significado para el mismo alumno.

Durante mucho tiempo se consideró que el aprendizaje era sinónimo de cambio de conducta, esto, porque dominó una perspectiva conductista de la labor educativa; sin embargo, se puede afirmar con certeza que el aprendizaje humano va más allá de un simple cambio de conducta, conduce a un cambio en el significado de la experiencia.

La experiencia humana no solo implica pensamiento, sino también afectividad y únicamente cuando se consideran en conjunto se capacita al individuo para enriquecer el significado de su experiencia (Ausubel, 1983).

Para entender la labor educativa, es necesario tener en consideración otros tres elementos del proceso educativo: los profesores y su manera de enseñar; la estructura de los conocimientos que conforman el currículo y el modo en que éste se produce y el entramado social en el que se desarrolla el proceso educativo. En este sentido una "teoría del aprendizaje" ofrece una explicación sistemática, coherente y unitaria del ¿cómo se aprende?, ¿Cuáles son los límites del aprendizaje?, ¿Porqué se olvida lo aprendido?, y complementando a las teorías del aprendizaje encontramos a los "principios del aprendizaje", ya que se ocupan de estudiar a los factores que contribuyen a que ocurra el aprendizaje, en los que se fundamentará la labor educativa; en este sentido, si el docente desempeña su labor fundamentándola en principios de aprendizaje bien establecidos, podrá racionalmente elegir nuevas técnicas de enseñanza y mejorar la efectividad de su labor (Ausubel, 1983).

Ausubel (1983) plantea que el aprendizaje del alumno depende de la estructura cognitiva previa que se relaciona con la nueva información, debe entenderse por "estructura cognitiva", al conjunto de conceptos, ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento, así como su organización.

Un aprendizaje es significativo cuando los contenidos: Son relacionados de modo no arbitrario y sustancial (no al pie de la letra) con lo que el alumno ya sabe. Por relación sustancial y no arbitraria se debe entender que las ideas se relacionan con algún aspecto existente específicamente relevante de la estructura cognoscitiva del alumno, como una imagen, un símbolo ya significativo, un concepto o una proposición; lo cual quiere decir que en el proceso educativo, es importante considerar lo que el individuo ya sabe de tal manera que establezca una relación con aquello que debe aprender. Este proceso tiene lugar si el educando tiene en su estructura cognitiva conceptos, estos son: ideas, proposiciones, estables y definidos, con los cuales la nueva información puede interactuar (Ausubel, 1983).

La característica más importante del aprendizaje significativo es que, produce una interacción entre los conocimientos más relevantes de la estructura cognitiva y las nuevas informaciones (no es una simple asociación), de tal modo que éstas adquieren un significado y son integradas a la estructura cognitiva de manera no arbitraria y sustancial, favoreciendo la diferenciación, evolución y estabilidad de los subsunores pre existentes y consecuentemente de toda la estructura cognitiva (Ausubel, 1983).

Requisitos para el aprendizaje significativo

Al respecto Ausubel dice: "El alumno debe manifestar una disposición para relacionar sustancial y no arbitrariamente el nuevo material con su estructura cognoscitiva, como que el material que aprende es potencialmente significativo para él, es decir, relacionable con su estructura de conocimiento sobre una base no arbitraria" (Ausubel, 1983).

Lo anterior presupone:

- ✚ Que el material sea potencialmente significativo, esto implica que el material de aprendizaje pueda relacionarse de manera no arbitraria y sustancial con alguna estructura cognoscitiva específica del alumno, la misma que debe poseer "significado lógico" es decir, ser relacionable de forma intencional y sustancial con las ideas correspondientes y pertinentes que se hallan disponibles en la estructura cognitiva del alumno, este significado se refiere a las características inherentes del material que se va aprender y a su naturaleza (Ausubel, 1983).
- ✚ Cuando el significado potencial se convierte en contenido cognoscitivo nuevo, diferenciado e idiosincrático dentro de un individuo en particular como resultado del aprendizaje significativo, se puede decir que ha adquirido un "significado psicológico" de esta forma el emerger del significado psicológico no solo depende de la representación que el alumno haga del material lógicamente significativo, "sino también que tal alumno posea realmente los antecedentes ideativos necesarios" en su estructura cognitiva (Ausubel, 1983).

Tipos de aprendizaje significativo

Es importante recalcar que el aprendizaje significativo no es la "simple conexión" de la información nueva con la ya existente en la estructura cognoscitiva del que aprende, por el contrario, sólo el aprendizaje mecánico es la "simple conexión", arbitraria y no sustantiva; el aprendizaje significativo involucra la modificación y evolución de la nueva información, así como de la estructura cognoscitiva envuelta en el aprendizaje.

Ausubel distingue tres tipos de aprendizaje significativo: de representaciones, de conceptos y de proposiciones (Ausubel, 1983).

Aprendizaje de representaciones:

Es el aprendizaje más elemental del cual dependen los demás tipos de aprendizaje. Consiste en la atribución de significados a determinados símbolos, al respecto Ausubel dice: "Ocurre cuando se igualan en significado símbolos arbitrarios con sus referentes (objetos, eventos, conceptos) y significan para el alumno cualquier significado al que sus referentes aludan" (Ausubel, 1983).

Este tipo de aprendizaje se presenta generalmente en los niños, por ejemplo, el aprendizaje de la palabra "pelota", ocurre cuando el significado de esa palabra pasa a representar, o se convierte en equivalente para la pelota que el niño está percibiendo en ese momento, por consiguiente, significan la misma cosa para él; no se trata de una simple asociación entre el símbolo y el objeto sino que el niño los relaciona de manera relativamente sustantiva y no arbitraria, como una equivalencia representacional con los contenidos relevantes existentes en su estructura cognitiva (Ausubel, 1983).

Aprendizaje de conceptos:

Los conceptos se definen como "objetos, eventos, situaciones o propiedades de que posee atributos de criterios comunes y que se designan mediante algún símbolo o signos" partiendo de ello podemos afirmar que en cierta forma también es un aprendizaje de representaciones.

Los conceptos son adquiridos a través de dos procesos. Formación y asimilación. En la formación de conceptos, los atributos de criterio (características) del concepto se adquieren a través de la experiencia directa, en sucesivas etapas de formulación y prueba de hipótesis, del ejemplo anterior podemos decir que el niño adquiere el significado genérico de la palabra "pelota", ese símbolo sirve también como significante para el concepto cultural "pelota", en este caso se establece una equivalencia entre el símbolo y sus atributos de criterios comunes. De allí que los niños aprendan el concepto de "pelota" a través de varios encuentros con su pelota y las de otros niños.

El aprendizaje de conceptos por asimilación se produce a medida que el niño amplía su vocabulario, pues los atributos de criterio de los conceptos se pueden definir usando las combinaciones disponibles en la estructura cognitiva por ello el niño podrá distinguir distintos colores, tamaños y afirmar que se trata de una "pelota", cuando vea otras en cualquier momento (Ausubel, 1983).

Aprendizaje de proposiciones:

Este tipo de aprendizaje va más allá de la simple asimilación de lo que representan las palabras, combinadas o aisladas, puesto que exige captar el significado de las ideas expresadas en forma de proposiciones.

El aprendizaje de proposiciones implica la combinación y relación de varias palabras cada una de las cuales constituye un referente unitario, luego estas se combinan de tal forma que la idea resultante es más que la simple suma de los significados de las palabras componentes individuales, produciendo un nuevo significado que es asimilado a la estructura cognoscitiva. Es decir, que una proposición potencialmente significativa, expresada verbalmente, como una declaración que posee significado denotativo (las características evocadas al oír los conceptos) y connotativo (la carga emotiva, actitudinal provocada por los conceptos) de los conceptos involucrados, interactúa con las ideas relevantes ya establecidas en la estructura cognoscitiva y, de esa interacción, surgen los significados de la nueva proposición (Ausubel, 1983).

1.10.2. Teoría de la acción razonada TAR

La teoría de la acción razonada (TAR), nació a partir del modelo de creencias en salud y de la Teoría de actitudes. Fue propuesta por Iceck Ajzen y Martín Fishbein (1975– 1980), se basa en el supuesto de que los seres humanos habitualmente son racionales y hacen uso sistemático de la información disponible. Esta teoría tiene como finalidad explicar y predecir la conducta del ser humano relacionándola con un control volitivo.

León (2009) plantea los siguientes conceptos para entender esta teoría:

- 1) Actitud: concepto operacionalizado como la ponderación (ganancia) de todas las ventajas y desventajas de la conducta. Relacionada con la disposición frente a determinada situación.
- 2) Norma social: operacionalizada como la ganancia de todas las expectativas relevantes de otros acerca de la conducta de la persona. Se refiere a lo que otros esperan (influencia social directa) y lo que otros hacen (influencia social indirecta).
- 3) Auto-eficacia: concepto usado por Bandura (1986) pero que en la T.A.R. no sólo se usó el significado original como una consecuencia de conducta, sino también como un

determinante de conducta. Estimación de la persona acerca de su habilidad para ejecutar (realizar) una conducta específica en una situación dada.

- 4) Expectativas de autoeficacia: están basadas en la propia experiencia con la conducta y especialmente las atribuciones que la gente hace acerca de logros y fracasos; observaciones de otros, persuasión de otros e información psicológica. La autoeficacia ha sido distinguida de resultado de expectativas, que después fueron una estimación de la efectividad de la conducta para alcanzar un objetivo deseado.
- 5) Intención: se refiere a la predicción de la conducta. La T.A.R. ve una intención en la persona para adoptar o no una conducta. Se afirma que NO siempre existe una correspondencia directa entre intención y conducta.
- 6) Norma subjetiva: es la que puede ejercer presión para cumplir o no una conducta dada, independiente de las propias actitudes personales hacia la conducta dada.
- 7) Conducta: respuesta que se produce o no por efecto de la influencia positiva o negativa de los factores personales (creencias conductuales) y sociales (creencias normativas).
- 8) Variables externas: que están fuera del modelo, tales como demografía, hacen suponer la influencia de la conducta vía los tres determinantes y la intención.
- 9) Acción razonada: muchas de las respuestas conductuales están bajo control volitivo, debido a que la voluntad está presente en las personas con capacidad de raciocinio. Los seres humanos son racionales.

La teoría y enfoque psicológico social tanto fundamental como también aplicado ha suministrado tradicionalmente una importante contribución al entendimiento de los determinantes de conducta. Fishbein y Ajzen (1975) integraron una serie de Modelos de Teoría de Actitudes y de Teoría de Influencia Social en su Modelo de conducta Razonada (León, 2009).

Fishbein y Ajzen (1975) suponen que muchas acciones de relevancia social están bajo control volitivo. Consistente con este supuesto, la T.A.R. ve una intención en la persona para adoptar o no adoptar una conducta, lo que sugiere entonces que esas conductas no son tan difíciles de predecir, lo que no significa que siempre habría una correspondencia perfecta entre intención y conducta; sin embargo, salvo eventos imprevistos, una persona actuaría de acuerdo a su intención (León, 2009).

En los últimos años se han realizado estudios donde se aplica esta Teoría de Acción Razonada para lograr cambios de conducta saludables en grupos de riesgo como personas con conducta fumadora; aplicable en grupos de mujeres en relación y autoexamen de mamas; en

conducta de riesgo en SIDA; uso del condón (preservativo) entre mujeres negras, entre otros, estudios que confirman la utilidad del marco conceptual de la Teoría de la Acción Razonada y sus implicancias en la salud comunitaria (León, 2009).

La Teoría de la Acción Razonada (T.A.R) trata de explicar y predecir la conducta del ser humano relacionándola con un control volitivo. Según la TAR, la intención de una persona está en función de dos determinantes básicos:

- a) Factor personal: se refiere a la evaluación personal positiva de aceptación o rechazo a realizar una conducta determinada. Este factor se llamó actitud hacia la conducta y se refiere al juicio personal acerca de esa conducta positiva o negativa y que está a favor o en contra del cumplimiento de esa conducta (León, 2009).
- b) Factor social: es el reflejo de la influencia social y se refiere a la percepción personal de las presiones sociales para cumplir o no cumplir esa conducta. Este factor se llamó normas subjetivas. (León, 2009).

En general, los seres humanos intentarán cumplir una conducta cuando ellos la evalúan positivamente y cuando creen que importa a otros que piensan que deberían hacerlo, es decir, las intenciones conductuales se derivan de la combinación de factores personales e interpersonales: Creencias personales (factor personal) y creencias percibidas de las expectativas de personas o grupos significativos (factor social). Si ambos coinciden positiva o negativamente, se producirá o no la conducta. Pero no siempre sucede y podría ocurrir que la actitud hacia la conducta (factor personal) fuera positiva y la norma subjetiva (factor social) fuera negativa; en este caso, el ser humano debe hacer una ponderación relativa de los factores mencionados, situación que es variable de una persona a otra.

La ponderación relativa de los dos determinantes de intención aumenta significativamente el valor explicatorio de la teoría, ya que es posible predecir y comprender algo de la intención de una persona midiendo su actitud hacia el cumplimiento de una conducta, su norma subjetiva y su ponderación relativa (León, 2009).

De acuerdo con esta teoría, las actitudes están en función de las creencias. Si una persona cree que la conducta le llevará a resultados positivos tendrá una actitud favorable hacia el cumplimiento de esa conducta y viceversa. Estas creencias que son la base para las actitudes personales se llaman creencias conductuales. Por ejemplo: un joven estudiante que cree que si

fuma obtendrá resultados positivos como el aumento de su círculo de amistades, mayor atractivo hacia el sexo opuesto, relajación ante situaciones tensas, etc.; otro joven podría esperar resultados negativos como aumento de los gastos, molestias en los que le rodean, riesgos para su salud, etc. (León, 2009).

Las normas subjetivas también están en función de las creencias pero creencias de otro tipo, es decir, creencias personales de lo que piensan personas o grupos específicos acerca de si debiera o no cumplir una conducta, en este caso, el consumo de cigarrillos. Estas creencias, que son la base de las normas subjetivas de una persona, se llaman *creencias normativas*. Entonces, la norma subjetiva puede ejercer presión para cumplir o no cumplir una conducta dada, independiente de las propias actitudes personales hacia la conducta en cuestión (León, 2009).

La TAR puede ser aplicable en conductas sexuales de riesgo, particularmente en cambios de conducta preventivos como: uso de condón (preservativo), además existen resultados de estudios que incluyen el uso de píldoras anticonceptivas, control de peso, cese de conductas fumadoras, autoexamen de mamas, alimentación del niño, entre otras.

Investigaciones que han confirmado la útil aplicación de modelos de conducta saludable preventiva en diversas poblaciones, afirmando que la T.A.R. proporciona un marco conceptual útil para investigadores que desean intervenir en cambios de conducta que originen estilos de vida saludables, sin descuidar los factores (creencias) personales y sociales ni dejar de lado la influencia volitiva en el control de la conducta humana y la contribución de los conocimientos que posee la persona en su conducta adoptada (León, 2009).

Esta Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1975), proporciona un marco conceptual el cual puede ser de utilidad tanto en prevención de conductas fumadoras como en el caso de conductas de riesgo de infección con VIH, en este último consideran el uso del condón o preservativo (León, 2009).

Esta teoría enfatiza la estrecha relación entre actitudes, normas sociales, autoeficacia, intenciones y las conductas. De acuerdo a la teoría, la conducta es el resultado de una intención específica. Una intención conductual es vista como determinada por la actitud a través de la conducta específica y normas subjetivas respecto a la conducta (León, 2009).

Influye la percepción que tiene la persona ya sea negativa o positiva (factor personal) y la percepción de otros (factor social). En teoría, logros y barreras podrían parecer como creencias acerca de la conducta realizada. Las expectativas de autoeficacia están basadas en la propia

experiencia con la conducta y especialmente las atribuciones que la gente hace acerca de los logros y deficiencias o fracasos, observaciones de otros, etc. (León, 2009).

1.11. Intervenciones preventivas

Intervención educativa:

Es un campo en el que se construyen patrones conceptuales y de acciones que permiten establecer que la intervención produzca cambios en quienes fue dirigido resolviendo una situación o conflicto, se puede intervenir en la comunidad, familia, escuela, religión cultura, en hospitales; por medio de un interventor que ayuda a cambiar formas de pensar y actuar de una persona (Sañudo, 2005).

De acuerdo con Barraza (2010) la intervención educativa es una estrategia de planeación y actuación profesional que permite a los agentes educativos tomar el control de su propia practica profesional mediante un proceso de indagación-solución constituido por las siguientes fases y momentos:

- a) La fase de planeación. Comprende los momentos de elección de la preocupación temática, la construcción del problema generador de la propuesta y el diseño de la solución. Esta fase tiene como producto el proyecto de intervención Educativa; en ese sentido, es necesario aclarar que si la elaboración de la solución no implica necesariamente su aplicación entonces se le denomina proyecto.
- b) La fase de implementación. Comprende los momentos de aplicación de las diferentes actividades que constituyen la propuesta de intervención educativa y su reformulación y/o adaptación, en caso de ser necesario. Bajo esa lógica es necesario recordar que la solución parte de una hipótesis de acción que puede o no, ser la alternativa más adecuada de solución, por lo que solamente en su aplicación se podrá tener certeza de su idoneidad.
- c) La fase de evaluación. Comprende los momentos de seguimiento de la aplicación de las diferentes actividades que constituyen el proyecto y su evaluación general. Esta fase adquiere una gran relevancia si se parte del hecho de que no es posible realizar simplemente una evaluación final que se circunscriba a los resultados sin tener en cuenta el proceso y las eventualidades propias de toda puesta en marcha de un proyecto de

intervención educativa. Una vez cerrada esta fase de trabajo es cuando, en términos estrictos, se puede denominar propuesta de intervención educativa.

- d) La fase de socialización-difusión. Comprende los momentos de: socialización, adopción y recreación. Esta fase debe conducir al receptor a la toma de conciencia del problema origen de la propuesta, despertar su interés por la utilización de la propuesta, invitarlo a su ensayo y promover la adopción-recreación de la solución diseñada.

1.11.1. Prevención:

Prevención se define como aquellas acciones o practicas que permiten el mantenimiento de la salud o evitan la alteración del equilibrio físico, psíquico o social que conducen a al enfermedad; la prevención para mantener la salud es individual y social, cada persona debe participar en la prevención de las principales enfermedades para protegerse a si mismo y a los demás (Parra, 2008).

1.11.1.1. Clasificación de prevención según la OMS

Los niveles de prevención son el conjunto de acciones preventivas para evitar la aparición de enfermedades, situaciones o accidentes que ponen en peligro la salud; dentro de cada uno existen medidas generales que sirven para cualquier enfermedad y medidas preventivas específicas; estas medidas de prevención se aplican antes del inicio de la enfermedad y las medidas de control se aplican durante el curso de la enfermedad (Parra, 2008).

De acuerdo con la OMS los niveles de prevención son:

- ✓ Prevención primaria: Comprende todas aquellas acciones destinadas a proteger a las personas de los agentes que causan la enfermedades; se lleva a cabo durante el periodo de génesis (pre patogénico), con el propósito de mantener la salud, promoverla y evitar la aparición de la enfermedad impidiendo que las enfermedades se manifiesten, para lo cual centra su acción en reducir las conductas de riesgo de los individuos y factores predisponentes a la enfermedad, este tipo de prevención también consiste en adoptar ciertas medidas, hábitos, medicamentos y comportamientos que se deben de seguir para prevenir el comienzo de una enfermedad (Parra, 2008). Se subdivide en:

- * Promoción de la salud: comprende acciones dirigidas a la población, tales como educación higiénica, educación sexual, planificación familiar, saneamiento ambiental, provisión de agua potable, eliminación de basura, control de fauna nociva, saneamiento de la vivienda, atención materno infantil, entre otras (Parra, 2008).
 - * Protección específica: comprende actividades específicas o particulares de atención como programa de educación para la salud, cartillas nacionales de salud, inmunizaciones especiales (vacunas), promoción de dietas equilibrantes y alimentación adecuada, ejercicio físico, programa de detección de enfermedades entre otras (Parra, 2008).
- ✓ Prevención secundaria: consiste en medidas, hábitos, conductas, controles y tratamientos médicos en individuos que ya presentan factores de riesgo conocidos que lo constituyen en candidatos para padecer ciertas enfermedades o bien enfermedades cuya evolución se puede modificar favorablemente con medidas preventivas; este nivel de prevención supone la existencia de un programa de detección temprana de enfermedades, de ciertos auxiliares de diagnóstico y de un tratamiento, también considera la atención médica oportuna y las actividades específicas de educación higiénica. Su principal propósito es la detección temprana de enfermedades para evitar que se agraven (Parra, 2008).
- ✓ Prevención terciaria: es el conjunto de intervenciones que se realizan cuando una enfermedad se ha desarrollado o una lesión se ha producido y busca evitar las complicaciones e incluso la muerte, abarca las medidas a disminuir los efectos de la enfermedad a medida que esta avanza, busca atenuar las secuelas que produce la enfermedad, limitar la incapacidad que provoca en el paciente y lograr su rehabilitación. Comprende toda acción dirigida a la recuperación y rehabilitación del enfermo; la recuperación contempla la intervención sobre el enfermo para disminuir el periodo de enfermedad, tratando de que esta tenga el menor efecto posible sobre el paciente hasta llegar a su curación; la rehabilitación tendrá lugar si después de padecer una enfermedad, han quedado secuelas o minusvalías ya sean transitorias o definitivas, para reducir el daño de modo que el individuo alcance una reintegración psíquica, física y social (Parra, 2008).

1.11.2. Descripción de estudios preventivos:

Se realizó una revisión sistemática de los últimos cinco años (2007-2008) en las siguientes bases de datos Scielo, Redalyc, Proquest, EBSCO y Springer Link utilizando las siguientes palabras clave: prevención, intervención, + infecciones de transmisión sexual y prevención, intervención, + embarazo + adolescente. Se encontraron 62,735 artículos, de los cuales 62,707 se eliminaron por no coincidir con la temática, por lo que se analizó un total de 28 estudios. Los cuales se describen a continuación:

Descripción de estudios preventivos de educación sexual

Rodríguez, Ramos, Contreras & Perdomo (2013) diseñaron una estrategia educativa dirigida a mejorar la salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios en Cuba, se realizó con 332 de estudiantes de la Escuela de Enfermería y 260 estudiantes de la Facultad de "Tecnología de la Salud", ambas instituciones ubicadas en La Habana; La investigación se desarrolló en dos etapas: 1) Diagnóstico sobre el nivel de conocimientos y comportamientos de los estudiantes en relación con la Salud Sexual Reproductiva (SSR), para identificar las necesidades de aprendizaje e revisaron los diferentes modelos y teorías referidos a la comunicación en salud se aplicó un cuestionario auto administrado, para identificar conocimientos y comportamientos sobre SSR y 2) Diseño de la estrategia educativa en correspondencia con sus necesidades previamente identificadas, la cual consistió en modificar los conocimientos acerca de: percepciones sobre qué es la sexualidad, Conductas sexuales y reproductivas que deben asumir los jóvenes y adolescentes, Comportamiento placentero y actitudes sexuales responsables; para estos temas se realizaron campañas de comunicación, talleres de sensibilización para capacitar. Posteriormente se hizo la evaluación de estructura, proceso y resultado estará presente desde inicio de la propuesta de la estrategia hasta el final de la misma por lo que se llegó a la conclusión de que implementarla ha sido factible y ha brindado buenos resultados en los adolescentes y jóvenes.

Gallegos, Villaruel, Loveland, Ronis & Zhou (2008) diseñaron una intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes en México. Participaron 832 adolescentes de escuelas preparatorias entre 14 y 17 años, se asignó un grupo control y un grupo experimental. Los adolescentes contestaron el cuestionario antes y después de la intervención, dicho instrumento medía la intención de tener relaciones sexuales y la intención de usar condón en cada una de ellas, así como también medía las creencias relacionadas al uso del condón. Se hicieron 2 tipos de intervención a) reducción del riesgo de VIH/SIDA y b) promoción de la

salud; cabe mencionar que la intervención tuvo 6 horas de duración y se aplicaron estrategias de aprendizaje activo. Posteriormente a la intervención se entregó el mismo cuestionario así como se le dio un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses después. En los resultados se encontró que no hubo diferencia significativa entre los grupos experimental y control, en las intenciones de tener relaciones sexuales. Sin embargo, los participantes en el grupo experimental reportaron mayor nivel de intenciones de usar condón en los siguientes tres meses que los del grupo control, por lo que se llegó a la conclusión de que la intervención implementada fue efectiva logrando las intenciones de los adolescentes de usar condón lo cual desprende diferencias en puntajes en esta escala a favor del grupo experimental.

Descripción de estudios preventivos de ITS

Torres, Walker, Gutiérrez & Bertozzi (2006) implementaron una intervención sobre VIH/SIDA/ITS en México, dirigida a adolescentes de 15 años de edad promedio, incluyendo anticoncepción de emergencia (AE), y se diseñó una evaluación prospectiva para medir la efectividad de la misma. Participaron 40 escuelas preparatorias y un total de 11,177 estudiantes se formaron 3 grupos de acuerdo al tipo de intervención. Se llevo a cabo un diagnostico de los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales de los estudiantes. Para evaluar la efectividad de la intervención educativa, se diseñó un ensayo aleatorizado controlado con las escuelas como unidad de muestreo, incluyendo dos brazos de intervención más el grupo de comparación. En el primer grupo de escuelas se ofreció un curso de educación sobre VIH/SIDA/ITS y promoción de condón (PC), a la cual se agregó un módulo sobre el uso de anticoncepción de emergencia (AE), un tipo de anticoncepción postcoital, como método de respaldo para la prevención de embarazos (primer grupo denominado VIH/SIDA/PC/AE). En el segundo grupo de escuelas se implementó la misma intervención sin incluir el componente de AE (denominado VIH/SIDA/PC). Finalmente, se dejó un tercer grupo de comparación, en el que no se ofreció la intervención y se continuó con los contenidos de sexualidad propios del sistema educativo oficial mexicano.

En los resultados se encontró que el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA fue elevado en todos los grupos, con un promedio de 38 puntos de los 45 posibles en la escala construida, y fue similar por sexo y por actividad sexual; Tratándose de negociar el uso del condón en el momento de una relación sexual, las mujeres (sexualmente activas e inactivas) declaran tener una mayor capacidad de negociar el uso de condón que los hombres: 93.69 y 86.59%. Los datos obtenidos sobre el conocimiento, las actitudes y el uso de la AE, hacen evidente la necesidad de evaluar

estrategias de prevención de VIH/SIDA/ITS y embarazos no planeados que incluyan AE, de manera que generen evidencia sobre su efectividad en la prevención del embarazo adolescente y su posible incidencia en el riesgo ante las ITS.

Hernández, Cervera & Rodríguez (2008) realizaron una intervención educativa en 30 adolescentes de secundaria en Cuba, la edad que prevaleció fue de 12 años. El estudio constó de tres etapas 1) diagnóstico inicial del conocimiento de las ITS/VIH / SIDA, mediante la aplicación de la encuesta las variables estudiadas fueron aspectos clínicos de las ITS/VIH / SIDA, nivel de conocimientos sobre aspectos epidemiológicos de las ITS/VIH/SIDA, prevención de las ITS/VIH/SIDA. 2) implementación de la intervención educativa en el cual se aplicó el juego didáctico SABER SI DA VIDA con una frecuencia semanal y con una duración de una hora durante seis semanas y 3) se aplicó nuevamente la encuesta inicial para evaluar en nivel de conocimientos alcanzados en base a la intervención y se encontró que se elevaron los conocimientos en relación a la prevención de ITS.

Chávez, Virella, Viñas & Almeda (2009) hicieron un estudio de intervención educativa para incrementar los conocimientos sobre algunas características de la infecciones de transmisión sexual en adolescentes de secundaria en Cuba. De un universo de 608 estudiantes se seleccionó una muestra de 130 estudiantes que participaron de manera voluntaria. Para la obtención de los datos se confecciono una encuesta con las variables de: factores de riesgo, complicaciones y conductas ante una ITS. La intervención se realizó en 3 etapas: 1) diagnóstica: aplicación de la encuesta 2) elaboración de la propuesta educativa de intervención, en la cual se elaboraron 5 módulos de capacitación que incluyeron técnicas participativas y 3) se aplicó nuevamente el cuestionario un mes después de la intervención para evaluar el impacto de esta. En los resultados arrojados después de la intervención se elevó el conocimiento a un 100% por los que los resultados se consideraron excelentes y adecuados pues se logró el objetivo de la intervención, ya que se identificaron desconocimiento en relación a los factores de riesgo para padecer ITS, complicaciones y conductas a seguir antes de la intervención. Por lo que se concluyó la importancia que tienen los estudios de intervención al logarse un incremento en los conocimientos.

Guerra, Trujillo, Navarro & Martínez (2009) llevaron a cabo un estudio experimental de intervención educativa en un grupo de 201 jóvenes (en edades de 19 a 22 años) hombres y mujeres) en Cuba para elevar el nivel de conocimiento sobre las ITS/VIH/SIDA. La investigación se realizó en tres etapas 1) diagnóstico se aplicó una encuesta para caracterizar el

grupo de estudio e identificar el nivel de conocimientos que poseían sobre el tema 2) intervención: las actividades de capacitación se realizaron dos veces al mes durante 6 meses, lo que facilitó la aplicación de las técnicas participativas; se capacitó al grupo por medio de un programa de intervención educativa sobre las ITS basado en nueve temas; cabe mencionar que se utilizaron técnicas como: técnicas de animación y reflexión, charlas, dinámicas, grupales, proyecciones, debates de videos, entrega de condones y material educativo. 3) evaluación: en esta última etapa 6 meses después de haber concluido la capacitación se aplicó la misma encuesta para determinar los cambios ocurridos en el nivel de conocimientos de los jóvenes. En los resultados se encontró un incremento en el nivel de conocimientos sobre las infecciones existiendo una diferencia significativa de acuerdo a los datos estadísticos ya que con respecto a los conceptos de periodo de ventana, periodo de incubación y periodo de transmisibilidad del VIH/SIDA eran prácticamente desconocidos para los estudiantes al aplicar la primera encuesta, conocimientos que aumentaron posterior a las intervenciones educativas y aplicar luego de seis meses la segunda encuesta.

Barbé, Moreno, Gómez & Rodríguez (2010) llevaron a cabo una estrategia de intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual y VIH en Cuba con el fin de determinar en nivel de conocimiento sobre ITS/VIH/SIDA en estudiantes del Tecnológico de la salud. La muestra se conformó por 180 estudiantes a los cuales se les aplicó un cuestionario que media: edad, sexo, nivel de conocimiento del ITS/VIH/SIDA: aspectos epidemiológicos, modos de transmisión, signos y síntomas, características de la enfermedad y la exposición a la infección. Después se realizó la intervención educativa y se aplicó nuevamente el cuestionario, los resultados arrojaron 95.5% del nivel de conocimientos alcanzados por lo que se consideró efectiva la intervención.

Corona-Hechavarria, Mastrapa-Reyes & Leyva-Ruiz (2010) elaboraron una intervención con el objetivo de evaluar el conocimiento sobre sexualidad e infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Bolivia. La muestra estuvo compuesta de 43 adolescentes de ambos sexos con edades entre 16 a 17 años de edad. Se aplicó una encuesta antes y después del programa de intervención la cual contenía preguntas acerca del conocimiento sobre sexualidad e ITS, edad, inicio de relaciones sexuales. Para la implementación del programa de intervención este se realizó en 4 etapas: 1) concepción: se identificaron los problemas del conocimiento que tenían los adolescentes acerca de sexualidad e ITS, 2) formulación se identificaron los objetivos a lograr con la actividad educativa, 3) implementación: en esta etapa se imparte educación sanitaria a los adolescentes y por ultimo 4) retroalimentación el cual permite conocer si se vencieron los

objetivos. Se desarrollaron talleres con la participación de los adolescentes donde se abordaron diferentes aspectos del tema. Al finalizar la intervención se aplicó la misma encuesta del inicio para identificar los logros obtenidos de la intervención. Los resultados arrojados mostraron que la primera aplicación de la encuesta el nivel de conocimientos fue insuficiente después de la intervención los resultados fueron suficientes. Los autores llegaron a la conclusión de que se debe de dar continuidad a la aplicación del programa diseñado.

Gonzales, Bolaños & Pupo (2010) en Cuba realizaron una revisión bibliográfica y documental sobre las estrategias educativas y realizadas por diferentes instituciones con la finalidad de identificar las estrategias que se desarrollan en Cuba para la prevención de las ITS en los jóvenes. Para la obtención de datos se realizaron entrevistas a profundidad a los responsables de línea jóvenes y asesores de salud para identificar las estrategias educativas que se ejecutan en la prevención de ITS/VIH/SIDA en jóvenes. El MINSAP, Departamento de salud escolar y el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), junto a otros sectores, planifican y desarrollan programas y proyectos educativos, apoyados por organismos y organizaciones nacionales e internacionales. Estos programas están dirigidos al desarrollo de conocimientos y comportamientos adecuados en los adolescentes, para que puedan vivir una sexualidad sana, implementando estrategias como: información, comunicación, educación, capacitación, consejería y campañas. Para ellas se confeccionan los programas, con el apoyo de diferentes materiales escritos, visuales y audiovisuales que permiten la promoción y el apoyo a las estrategias mencionadas. Entre ellas se encuentran: los afiches, plegables, vallas, manuales, videos, revistas, multimedias, entre otros. La autora plantea que algunos adultos opinan que enseñar a los adolescentes cuestiones relacionadas con el sexo y la sexualidad les animara a realizar actividades sexuales demasiado temprano, sin embargo estudios realizados por la ONUSIDA indican que esta creencia es errónea ya que cuando los adolescentes reciben la información precisa sobre sexualidad hay más posibilidades de que retrasen sus actividades sexuales y utilicen preservativos cuando finalmente decidan tener una relación sexual.

Pérez, Escabi & Cabrera (2010) llevaron a cabo un estudio piloto de una intervención grupal basada en el modelo de Información-Motivación-Conducta, y dirigida a aumentar el uso del condón y promover la práctica de la masturbación mutua como alternativa de sexo más seguro en Puerto Rico. Los participantes fueron 4 parejas heterosexuales con el propósito de llevar a cabo una evaluación de proceso e impacto de las sesiones los participantes tenían que cumplir ciertos requisitos como ser heterosexuales, tener una relación estable por los pasados 6 meses, tener entre 21-45 años de edad y estar activos sexualmente durante los últimos tres meses. La

intervención consistió de cinco sesiones de aproximadamente tres horas cada una, esta tenía los objetivos de (a) aumentar la percepción de riesgo a la infección con el VIH; (b) concienciar sobre las normas sociales y cómo éstas afectan o dificultan la prevención del VIH; (c) aumentar el nivel de conocimiento y la adquisición de destrezas para usar el condón masculino y practicar la masturbación mutua; (d) aumentar el nivel de auto-eficacia en el uso del condón masculino y la práctica de la masturbación mutua; (e) desarrollar actitudes positivas hacia el uso del condón masculino y la práctica de la masturbación mutua; y (f) aumentar la frecuencia del uso del condón masculino y la práctica de la masturbación mutua y reducir la frecuencia de penetración anal y vaginal sin protección. La intervención estuvo basada teóricamente en el modelo de Información-Motivación-Conducta. Las sesiones consistieron en ejercicios dinámicos en las cuales las parejas participaban activamente y tenían la oportunidad de hacer reflexiones, tanto individuales como grupales, sobre los temas que se discutían. Todos los/las participantes indicaron que les gustaron las sesiones.

Particularmente, enfatizaron la importancia de lo dinámico de las actividades. Este dato es un indicador de que estas intervenciones deben contener actividades en las que participen activamente, y limitar aquellas que provean información de manera unidireccional y pasiva.

Pascual-González, Puentes, Pérez & Rísquez (2010) realizaron un estudio experimental y longitudinal, de intervención educativa, en estudiantes de Venezuela, la muestra estuvo conformada por 81 estudiantes hombres y mujeres, se aplicó un cuestionario auto administrado, privado y anónimo, de 23 preguntas cerradas sobre enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz y métodos anticonceptivos en adolescentes antes y después de la intervención educativa de salud, el cual fue adaptado a partir de un cuestionario previamente validado y sometido a una prueba piloto. Después se llevó a cabo la intervención de 4 horas de duración se utilizó material audiovisual elaborado en Power Point 2007 y posterior al desarrollo de la actividad, fueron entregados trípticos y respondidas las dudas de los estudiantes. Después se aplicó nuevamente el cuestionario para obtener los resultados y para evaluar la efectividad de la intervención educativa de salud sobre los temas ETS, EP y MAC, se determinó el cambio en el nivel de conocimiento de los estudiantes como grupo y no de manera individual, debido a que los cuestionarios eran de carácter anónimo por lo que se considera que se lograron los objetivos de dicha intervención.

Achiong (2011) implementó un proyecto de intervención educativa en Cuba con el fin de que los adolescentes adopten comportamientos sexuales responsables, por lo que nos propusimos caracterizar a los adolescentes e implementar una intervención educativa; para esto se encuestó a

una muestra de 240 adolescentes con edades entre 15 y 16 años. La encuesta constaba de 32 preguntas y evaluaba conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales. Una vez obtenidos los datos se diseñó la intervención teniendo en cuenta los resultados del cuestionario, en dicha intervención se aplicaron técnicas grupales en 14 horas de actividades. Dos meses después de la intervención se aplicó nuevamente el cuestionario y los resultados arrojaron que se elevó el conocimiento sobre el VIH y que antes de la intervención 51.4% de los estudiantes que tuvieron relaciones sexuales usaron condón y después de la intervención se incrementó con 94.2%. finalmente para conocer los cambios estadísticamente significativos de las respuestas del antes y el después de la intervención, se aplicó el test de las proporciones para dos muestras del programa Statcalc de Epiinfo mediante el Chi cuadrado y el valor de $p < 0,05$, con un nivel de confianza de un 95 %.

Castro, Rizo, Reyes & Vázquez (2012) realizaron una intervención educativa en adolescentes de secundaria básica en Cuba, con el fin de determinar y modificar los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual para desarrollar una conducta sexual adecuada en estos estudiantes. La muestra estuvo compuesta por 180 estudiantes de ambos sexos con edades que oscilan entre los 13 y 15 años de edad; para la identificación de las necesidades de aprendizaje se utilizó un cuestionario escrito anónimo que ha sido utilizado en otras investigaciones, por lo que no necesitó de su validación; una vez identificado las necesidades en conocimientos de los adolescentes se implementó un programa educativo con la aplicación de técnicas participativas para lograr una mejor asimilación de estas. Fueron 5 sesiones las que se realizaron con 45 minutos de duración cada una, estas fueron impartidas una vez por semana en cada grupo en áreas de la propia escuela, por un médico y enfermera de la familia, entrenados en este tema.

Las sesiones del programa educativo incluyeron los siguientes temas: 1) Qué son las ITS, grupos vulnerables y modo de transmisión. 2) Tipos más frecuentes de ITS y cómo reconocerlas. 3) Conductas sexuales riesgosas y complicaciones de las ITS. 4) Formas de prevención y control de las ITS. Y 5) Reafirmación de los contenidos de la estrategia educativa con juegos didácticos. Para la evaluación de los resultados de la intervención se aplicó el mismo cuestionario dos meses después del programa educativo, con iguales características; se analizaron las modificaciones de conocimientos antes y después. En los resultados se encontró que hubo un incremento en cuanto a conocimientos ya que antes de la intervención los alumnos mostraron déficit en cuanto a los temas y después de la intervención mejoro el nivel de conocimientos así como las conductas sexuales.

Sarmiento, Gómez, Ordaz, García & Casanova (2012), elaboraron un estudio descriptivo transversal en Cuba con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual para después diseñar una estrategia de intervención educativa en ITS-VIH/SIDA; el universo estuvo constituido por 136 personas se trabajó con hombres y mujeres en edades comprendidas entre 15 y 49 años de edad. La información se obtuvo a través de la aplicación de un cuestionario y a partir de los resultados obtenidos se diseñó la estrategia de intervención con acciones de información, educación y comunicación, así como sus indicadores de ejecución o desarrollo e impacto. En los resultados encontraron que 84% si saben cuáles son las formas de transmisión de las ITS, y 58% saben como protegerse de estas infecciones mediante el uso del condón. Dentro de las personas que ya tuvieron relaciones sexuales, 32% dijo utilizar condón en sus relaciones sexuales. Para los factores de riesgo de contraer una ITS encontraron que las personas de mayor riesgo de infectarse son aquellas que cambian con frecuencia de pareja y no se protegen.

Badía-Saiz, Calderón-Badía & Martínez (2013) llevaron a cabo una intervención educativa sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Guatemala, con el objetivo de incrementar los conocimientos en un grupo de adolescentes sobre el SIDA. Los participantes oscilan entre 15 y 18 años. Se utilizó un cuestionario donde se analizaron los conocimientos de los participantes en la investigación. Después de la aplicación del instrumento se diseñó el programa educativo a partir de los resultados obtenidos con el cuestionario. Las actividades se realizaron en grupos de 20, una vez por semana durante 6 semanas utilizando como técnicas la discusión de grupo, lluvias de ideas y el Juego de Roles. Una vez realizada la intervención los resultados arrojaron que 96.25% de los estudiantes que participaron en la investigación mostraron tener conocimientos sobre la enfermedad. Al culminar la intervención educativa los jóvenes lograron altos niveles de satisfacción de 98%.

Descripción de estudios preventivos de embarazo en la adolescencia

Callejas et al., (2005) hicieron un estudio para evaluar el resultado de una intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y ETS/SIDA dirigida a estudiantes de secundaria de 14 a 18 años de edad en España. Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta anónima que constaba de 20 preguntas sobre hábitos sexuales, utilización de métodos anticonceptivos, conocimientos y actitudes acerca de los mismos y ETS/sida., a encuesta se basó en cuestionarios previos, cabe mencionar que 238 alumnos participaron en el estudio. La intervención se basó la organización de un concurso de mensajes publicitarios (a modo de anuncios para prensa, radio y televisión) que debían ser elaborados por los propios estudiantes,

agrupados en «talleres de salud», además se impartieron dos charlas educativas monográficas de unos 50 minutos de duración sobre cada uno de los temas (anticoncepción y ETS). A los seis meses del inicio de la intervención los estudiantes respondieron otro cuestionario similar al primero, con algunas preguntas añadidas acerca de su participación y opinión sobre la utilidad de la intervención. En los resultados posteriores de la intervención se encontró que hubo cambios en los conocimientos y actitudes sobre la prevención de ETS y embarazos no deseados, logrando que mayoría de los adolescentes utilizaran el preservativo como método anticonceptivo de prevención.

Valle (2005) realizó una investigación observacional cuasi-experimental prospectiva con adolescentes comprendidas entre los 12 y 19 años de edad en Cuba, se trabajó con 30 adolescentes, a los mismos se les aplicó un formulario por vía directa para detectar su nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia; sus riesgos, complicaciones, uso de métodos anticonceptivos y las causas o factores sociales que conllevan a la ocurrencia del fenómeno; en la encuesta médica realizada se exploraron las siguientes variables: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, situación socio-económica, uso de métodos anticonceptivos, incorporación al círculo de adolescentes, conocimientos sobre métodos anticonceptivos y riesgos del embarazo en la adolescencia. Además se analizó la variable funcionamiento familiar utilizando la Historia de Salud Familiar correspondiente a cada caso y se completó con los criterios aportados por el médico de Barrio Adentro, para así poder identificar los principales factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Posteriormente trabajaron con dicho grupo de adolescentes mediante una estrategia de intervención que consistió en la aplicación de un programa educativo que contiene y enfatiza en las variables donde hubo deficiente conocimiento. Este programa se basó en una programación de reuniones preparadas con anterioridad y realizadas en 7 sesiones; que tienen objetivos precisos y la presentación de los temas acompañados de técnicas participativas para lograr una mayor percepción y motivación de las adolescentes. Después se realizó una comparación de los resultados al inicio y al final de la intervención para saber, el nivel de conocimiento alcanzado y definir, de esta forma, si nuestra estrategia de intervención fue eficaz. En los resultados después de aplicar nuevamente la encuesta y la aplicación del programa educativo se logró mejorar el conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia y una mayor percepción del riesgo para lograr cambios de comportamiento en las adolescentes.

Viñas, Chávez, Virella, Santana & Escalona (2008) realizaron un estudio de intervención educativa en 30 adolescentes con edades entre 15 y 18 años de edad, con el propósito de incrementar y modificar el conocimiento sobre el embarazo en un grupo de adolescentes femeninas la intervención se realizó en tres etapas: 1) diagnóstica se aplicó una encuesta con un

total de ocho preguntas, todas hechas de manera cerrada, comprensible y se evaluaron los conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia. 2) etapa de intervención: después de aplicada la encuesta inicial se realizó la misma con cinco encuentros de una hora, siempre en el horario más conveniente para las jóvenes, en ellos se abordaron temas diferentes mediante técnicas participativas, con una conferencia debate y materiales audiovisuales y 3) etapa evaluativa 15 días después del último encuentro se aplicó nuevamente la encuesta inicial, para evaluar la efectividad de la intervención. Para evaluar los éxitos o fracasos de la intervención, se creó una escala de evaluación del conocimiento adquirido con la investigación, se tuvo en cuenta el incremento porcentual de los resultados iniciales y finales de las variables incluidas. En los resultados se observó un incremento del conocimiento en las jóvenes antes y luego de las charlas educativas (23 % y 76,66 %), por lo que se considera que existió un aumento adecuado del mismo y a su vez se verificó la efectividad de la intervención, éste fue notable en las causas del embarazo en la adolescencia, el uso de métodos anticonceptivos para evitarlo, la edad apropiada de tener los embarazos, el riesgo psicosocial de éstos y sus consecuencias por lo que se llegó a la conclusión de que la intervención educativa aumentó significativamente los niveles de conocimiento asociados al embarazo en la adolescencia.

Llanes, Quevedo, Ferrer, De la Paz & Sardiñas (2009) elaboraron un estudio para demostrar la eficacia de una intervención educativa para prevenir embarazo en la adolescencia en Guatemala. Para fines del estudio se trabajó con 146 adolescentes de ambos sexos con edades que comprenden entre 10 y 19 años. Se aplicó una encuesta la cual media antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia, el número de partos y abortos, la estabilidad en las relaciones de pareja, la paridad, el uso de anticonceptivos orales, los dispositivos intrauterinos y los anticonceptivos inyectables, el uso del condón, el método del ritmo y coito interrumpido y el conocimiento sobre los factores de riesgo biológicos y psicosociales del embarazo en la adolescencia y de los métodos anticonceptivos. Posteriormente, se diseñó e implementó una estrategia educativa con una duración de 6 semanas (una sesión por semana) de 4 horas cada una; una vez concluida la intervención educativa se procedió aplicar la encuesta por segunda vez para comparar los resultados del antes y el después. En los resultados obtenidos se encontró el incremento de conocimientos sobre anticonceptivos así como la utilización del condón como método más utilizado por los participantes para prevenir el embarazo en la adolescencia.

Favier, Dorsant, Maynard, Dehesa & Torres (2010) realizaron una intervención educativa, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre embarazo en la adolescencia en Venezuela. El universo estuvo constituido por las 44 adolescentes entre 13 y 19 años, el trabajo se desarrolló

en 3 etapas, 1era: de diagnóstico, 2da: de intervención educativa sobre la base del diagnóstico, y 3era: de evaluación del impacto de la intervención educativa, que se consideró de impacto cuando se obtuviera el 50 % o más del conocimiento adecuado en las variables estudiadas después de la intervención. Se exploró antes y después de la intervención: el nivel de conocimientos sobre edad óptima para el embarazo, métodos de planificación familiar, y consecuencias del embarazo en la adolescencia. Se solicitó el consentimiento informado de las adolescentes y de los padres de ellas, por ser éstas menores de edad y se empleó como medida de resumen el porcentaje. En cuanto a los resultados se evidencia que antes de la intervención solo el 25 % tenía conocimiento adecuado sobre la edad óptima para el embarazo, el 20 % conocía sobre los métodos de planificación familiar y el 18.2 % sabía sobre las consecuencias de la gestación en esta etapa de la vida. Ya después de la intervención es notoria la elevación del nivel de conocimientos en estos aspectos, al lograr que el 100 % conociera adecuadamente sobre la edad óptima del embarazo, el 88.6 % lo hiciera con los métodos de planificación familiar y el 95.5 % tuviera claridad sobre las consecuencias de la gestación en esta etapa.

Alonso (2010) llevo a cabo una propuesta de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia en Cuba, realizó un estudio descriptivo con la utilización de la metodología cuali-cuantitativa en 100 adolescentes de la ESBU Nguyen Van Troy; El estudio se dividió en tres momentos: diagnóstico del problema, modelación de la propuesta de intervención educativa y validación de la propuesta, a los adolescentes se le aplicó un cuestionario para identificar las opiniones de los adolescentes en relación con el embarazo y sus complicaciones, así como las necesidades de orientación en cuanto a la educación y promoción para prevenirlo. El diagnóstico demostró que existe falta de conocimiento por los adolescentes sobre las causas, riesgos y complicaciones del embarazo en esta etapa. Se comprobó que hay una deficiente información sobre el uso de los métodos anticonceptivos; influencia negativa de los grupos en estas edades y poca comunicación familiar. La intervención educativa estuvo dirigida para padres, profesores y adolescentes para tratar el embarazo en la adolescencia, causas, riesgos y complicaciones.

Amaro, Reyes, Palacios & Cardoso (2010) elaboraron un estudio de intervención educativa en adolescentes de una secundaria en Cuba con la finalidad de incrementar el nivel de conocimientos sobre anticoncepción para prevenir embarazo precoz; la muestra fue de 136 estudiantes hombres y mujeres. Los datos fueron obtenidos por medio de una encuesta que se aplicó al principio y final de la intervención la intervención fue llevada a cabo en tres etapas 1) diagnóstica se realizó una encuesta inicial para determinar el nivel de conocimiento existente sobre anticoncepción 2) etapa educativa se aplicó las técnicas educativas para capacitar a los

adolescentes en lo referente a la anticoncepción. Se elaboraron cuatro módulos que contenían diferentes técnicas participativas y 3) etapa de evaluación se aplicó nuevamente la encuesta al final de cada período para determinar la eficacia de la intervención. En los resultados se encontró que la utilización de la intervención educativa permitió elevar el nivel de conocimiento de un gran número de adolescentes ya que antes de la intervención tenían un conocimiento inadecuado sobre la anticoncepción.

Leyva, Sosa, Guerra, Mojena y Gómez (2011) hicieron una intervención educativa sobre salud sexual, dirigida a 30 adolescentes con riesgo reproductivo preconcepcional en Cuba, con el fin de modificar sus conocimientos sobre salud sexual; la investigación se dividió en 3 etapas: 1) diagnóstico: en esta etapa se identificaron las necesidades de aprendizaje y se aplicó el cuestionario con variables categorizadas como adecuadas o inadecuadas: conocimientos sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales, de los riesgos del embarazo en la adolescencia y del aborto provocado, así como también sobre métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual. 2) intervención: se trabajó con dos grupos de 15 integrantes cada uno y las sesiones de trabajo fueron 8 horas al mes; se utilizaron técnicas participativas, tales como: tormentas de ideas, clases de grupo, pancartas, laminarias y videos relacionados con el tema; el programa impartido contenía los siguientes aspectos: anatomía y fisiología del aparato genital, sexualidad y concepción, embarazo y adolescencia, aborto provocado, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, así como negociación para el uso del condón, curiosidades e inquietudes y 3) evaluación: durante esta etapa se continuó el seguimiento de las adolescentes a través de la consulta para valorar la aplicación de todo lo aprendido, luego se repitió la encuesta inicial y finalmente se evaluaron las modificaciones de los conocimientos antes y después de la intervención.

Se utilizaron el porcentaje como medida de resumen y la prueba de McNemar para precisar las diferencias entre los cambios ocurridos.

En los resultados se observó 90% del aprendizaje adquirido después de la intervención, también se observó que el mayor número de adolescentes 70,0 % no utilizaba métodos como el preservativo en sus relaciones sexuales, de manera que no se protegían contra las enfermedades e infecciones de transmisión sexual; pero después de recibir las orientaciones precisas, comprendieron la importancia de usar algún tipo de barrera contra ese gran riesgo de enfermar, las que sumadas a las 9 que sí poseían preliminarmente nociones adecuadas al respecto, representaron la totalidad.

Fernández, Torrecilla, Morales & Báez (2011) elaboraron un estudio cuasi-experimental con el objetivo de valorar la eficacia de la intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo en edades de 11 a 19 años de edad en Cuba, la muestra la constituyeron 46 adolescentes, se confeccionó y aplicó una encuesta según bibliografía revisada, las variables a estudiar fueron edad, escolaridad, conocimiento sobre prevención de embarazo. La investigación se realizó en tres etapas: diagnóstico, intervención y evaluación. Al evaluar los conocimientos antes y después de la intervención, se observa al inicio una evaluación de regular en (50,0%), seguido de bien con (41.3%) y regular en (23.9%); el conocimiento acerca del embarazo en la adolescencia antes de la intervención era superficial e insuficiente, con la intervención se logró que los adolescentes ganaran en conocimientos y habilidades para evitar embarazos en edades tempranas por lo que se demostró la eficacia de la intervención educativa.

Gil, Rodríguez & Rivero (2012) hicieron una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en 80 adolescentes de 12 a 20 años de Cuba. La investigación se desarrolló en 3 etapas 1) diagnóstica en esta etapa se diagnosticaron las necesidades de aprendizaje y el nivel de los conocimientos del tema a tratar mediante la aplicación a cada adolescente de un cuestionario el cual contenía preguntas como canales de comunicación por los que ha recibido la información: medios de difusión masiva (radio, televisión, prensa escrita), personal de la salud (médico, enfermeras, brigadistas sanitarias) , literatura (libros, revistas), por sus padres, por sus profesores y otras vías(amigos, vecinos),no ha recibido información y utilización de métodos anticonceptivos 2) etapa de intervención: se llevó a cabo la estrategia de intervención educativa, se organizaron ocho subgrupos de capacitación con diez adolescentes cada uno, los cuales recibieron cinco sesiones de trabajo, de dos horas de duración con dos frecuencias semanales. Los temas impartidos fueron: anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino, características de los diferentes métodos anticonceptivos, utilización correcta del condón, efectos indeseables más frecuentes detectados con el uso de los anticonceptivos y anticoncepción en la adolescencia.3) evaluación: después de la intervención se compararon los resultados de la primer encuesta se encontró que mayor por ciento de los adolescentes logró reconocer que deben emplearse los métodos anticonceptivos, para evitar el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual.

Hernández (2012) realizó un estudio pre experimental al desarrollar una estrategia educativa de información, educación y comunicación para contribuir a aumentar los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes, sobre embarazo en la adolescencia en Cuba; la muestra estuvo conformada por 482 adolescentes, se aplicó un cuestionario para identificar el nivel de

conocimientos sobre embarazo en la adolescencia y después se desarrolló e implementó la estrategia educativa donde se elaboraron mensajes, plegables para incrementar la información de los adolescentes sobre los riesgos y las formas de prevenir el embarazo en la adolescencia, impartiendo talleres, charlas, dinámicas grupales en centros priorizados de educación. Para valorar el nivel de conocimientos después de la implementación de la estrategia educativa se aplicó una encuesta donde al preguntar que tipo de métodos anticonceptivos han utilizado con mayor frecuencia se encontró que 24.9% utilizaron el condón, 18.91% el DIU, también se encontró que el 66.32% conocen los riesgos del embarazo precoz; con la descripción realizada del instrumento aplicado se pudo constatar que a pesar de no existir un avance significativo si se ha incrementado el nivel de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia y su prevención.

Fonseca, Gutiérrez, Peña & Ortiz (2012) llevaron a cabo un estudio de intervención educativa donde el universo y muestra del trabajo estuvo constituido por 53 adolescentes en Venezuela, con el objetivo de modificar el nivel de conocimiento en adolescentes sobre las repercusiones biopsicosociales del embarazo precoz. Para la realización del mismo se aplicó una encuesta, la cual permitió conocer el nivel de conocimientos sobre las repercusiones biopsicosociales del embarazo precoz. Después se realizaron las actividades educativas por medio de varios talleres utilizando medios de reproducción audiovisual educativos y se entregaron folletos educativos acerca de las repercusiones del embarazo precoz y la importancia de los métodos anticonceptivos. Se aplicó nuevamente la encuesta al final de la investigación para reevaluar el conocimiento de los adolescentes. En los resultados se encontró que antes de la intervención 28.3% tenían un conocimiento adecuado y después de la implementación de esta 84.9% lograron un conocimiento adecuado. Por lo anterior se llegó a la conclusión de que después de la intervención educativa las adolescentes adquirieron mayor conocimiento sobre los problemas de salud relacionados con el embarazo precoz. Los autores recomiendan elevar las actividades de promoción y prevención educativas sobre el embarazo precoz en la adolescencia en los diferentes centros de formación y en la comunidad., aumentar la divulgación a través de los medios de difusión masiva sobre el embarazo precoz en la adolescencia y fomentar la diversidad de actividades educativas y participativas en los círculos de adolescentes.

Capítulo III

Método

3.1. Tipo de estudio

El estudio es descriptivo transversal; Hernández (1997) los define como estudios que miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Y es de corte transversal porque analiza el fenómeno en un periodo de tiempo corto.

3.2. Diseño de investigación

El diseño de la investigación es cuasi-experimental, porque se utilizó un grupo control y otro experimental; se aplicó el instrumento “conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en jóvenes” a ambos grupos y el programa de educación sexual solo se implementó en el grupo experimental al finalizar este se evaluó con el mismo cuestionario para conocer el impacto del programa. (pretest- posttest y seguimiento).

3.3. Participantes

El tipo de muestreo fue intencional o de conveniencia, la muestra fue un grupo control 45 alumnos y un grupo experimental 45 alumnos conformado por hombres y mujeres que corresponden a tercer grado de la escuela secundaria “Benjamín Hernández” de Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México; con edades que oscilan de 14 a 15 años de edad.

3.4. Instrumento

Para la recolección de datos se utilizó el instrumento de “conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en jóvenes” elaborado por (Godoy et al., 2008); con la finalidad de determinar conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en jóvenes que asisten a instituciones educativas. La validez del contenido del instrumento se verificó a través de la opinión de expertos en las áreas de obstetricia, orientación sexual, y metodología de la investigación, posteriormente para determinar la confiabilidad del instrumento, se realizó la aplicación de una Prueba Piloto a estudiantes con las mismas características de la muestra en otra unidad educativa; en donde se obtuvieron los resultados sobre conocimientos de .68, (alta) utilizando el método de Kuder-Richardson, que estima la confiabilidad de consistencia interna del instrumento, y en cuanto a las actitudes, se utilizó el método alfa de Cronbach con un puntaje de .84 (alta).

La I parte consta de 3 preguntas como son: grado y grupo, sexo de los estudiantes y edad.

La II parte contiene 20 preguntas de selección única y respuestas cerradas mediante las cuales se evaluó el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre sexualidad. Estos datos son evaluados mediante la escala de puntuaciones, donde a cada pregunta se le asigna un punto por respuesta correcta, de esta manera, la puntuación de 16 a 20 se tomó como excelente, de 11 a 15 como bueno, de 6 a 10 como regular y de 0 a 5 como deficiente.

La III parte consta de 10 preguntas de selección única con respuestas cerradas, para lo cual se empleó la escala de Likert como método de medición, donde las categorías son: definitivamente sí, probablemente sí, indeciso, probablemente no, definitivamente no; donde se evaluaron las actitudes, otorgándoles una puntuación, con respecto a la prevención de las ITS (favorable de 12 a 20 puntos, y desfavorable de 4 a 12 puntos), métodos anticonceptivos (favorable de 2 a 6 puntos, y desfavorable de 6 a 10 puntos) y embarazo (favorable de 12 a 20 puntos, y desfavorable de 4 a 12 puntos).

La última parte del instrumentó contiene 2 preguntas cerradas y 5 abiertas, cabe mencionar que este apartado sirve para identificar las prácticas sexuales como son: relaciones sexuales, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, número de parejas sexuales, y uso de métodos anticonceptivos en relaciones sexuales. Uribe, Amador, Zacarías, & Villareal (2012) plantean que son diversos factores que se asocian a las conductas sexuales de riesgo entre los que se encuentran el inicio de vida sexual a temprana edad, mayor cantidad de parejas sexuales durante la adolescencia, el no utilizar el condón en las relaciones sexuales y la inadecuada información que se tiene acerca de sexualidad son determinantes para adquirir infecciones de transmisión sexual y embarazo no planeado en la adolescencia.

3.5. Programa de intervención “protégete es tu responsabilidad”

El programa de educación sexual se llama “Sexualidad” fue elaborado por el Instituto Aguascalentense de las Mujeres (IAM), este tiene como objetivo difundir información adecuada sobre la sexualidad que incremente y/o fortalezca los conocimientos que tiene los adolescentes, promover una cultura de autocuidado y sensibilización mediante estrategias de prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo no planeado en la adolescencia

Con la ejecución del programa se pretende lograr un cambio de comportamiento y sensibilización en la población de 10 a 17 años a quienes va dirigido. El programa consta de 9 sesiones con una duración de 60 minutos cada una.

Los temas para las sesiones (ver anexo 4) que debe cubrir el programa de intervención son:

1. Conceptos básicos: sexo, sexualidad y género
2. Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino
3. Mitos y realidades en sexualidad
4. Vinculación afectiva e inicio de las relaciones sexuales
5. Ciclo menstrual, fecundación y embarazo adolescente
6. Consecuencias del embarazo adolescente y aborto
7. Infecciones de Transmisión Sexual
8. Cultura preventiva: Métodos anticonceptivos
9. Toma de decisiones

3.6. Procedimiento

Se contactó a las autoridades correspondientes de la secundaria para obtener el permiso de llevar a cabo la intervención educativa, después se solicitó el consentimiento informado de los padres de familia de los estudiantes, ya que son menores de edad. Se les aplicó el postest el cual fue un cuestionario de “conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en los adolescentes”. Se diseñó un programa de intervención de educación sexual, que abarcara los temas principales de la salud sexual en la adolescencia y este programa se implementó en 10 sesiones (una sesión cada semana), al finalizar la implementación del programa se aplicó el postest para identificar los conocimientos aprendidos en los estudiantes. 3 meses después del postest se aplicó el seguimiento este consistió en dar el mismo cuestionario a los alumnos.

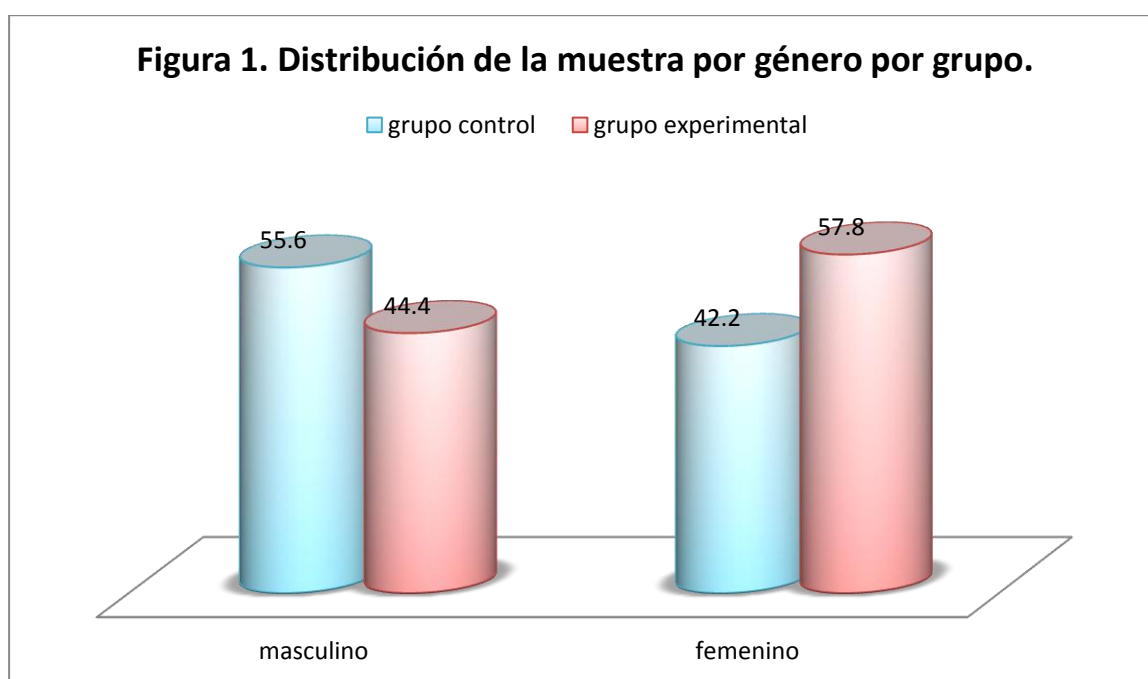
3.7. Tipo de análisis estadístico

Para el análisis de datos se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS por sus siglas en inglés); después de aplicar el instrumento en los adolescentes con ayuda de el programa mencionado anteriormente se capturó y analizó los datos de manera estadística se utilizaron las pruebas de análisis de medidas repetidas para conocer el efecto del programa de educación sexual ya implementado.

Capítulo IV

Resultados

En la presente investigación para obtener los resultados se utilizó el programa SPSS y se ocuparon muestras paramétricas. Se consideraron algunas variables sociodemográficas como edad, y sexo. De acuerdo el grupo control está constituido por un total de 45 alumnos donde 25 son hombres y 20 mujeres; mientras en el grupo experimental hubo 26 mujeres y 19 hombres de un total de 45 alumnos (figura 1). Los alumnos de ambos grupos tienen edades entre 13 a 15 años, la edad promedio fue de 13.87 años, con desviación estándar (DE) .402; la edad que predominó en ambos grupos fue de 14 años con 80% en grupo control y 84.4% en el grupo experimental.



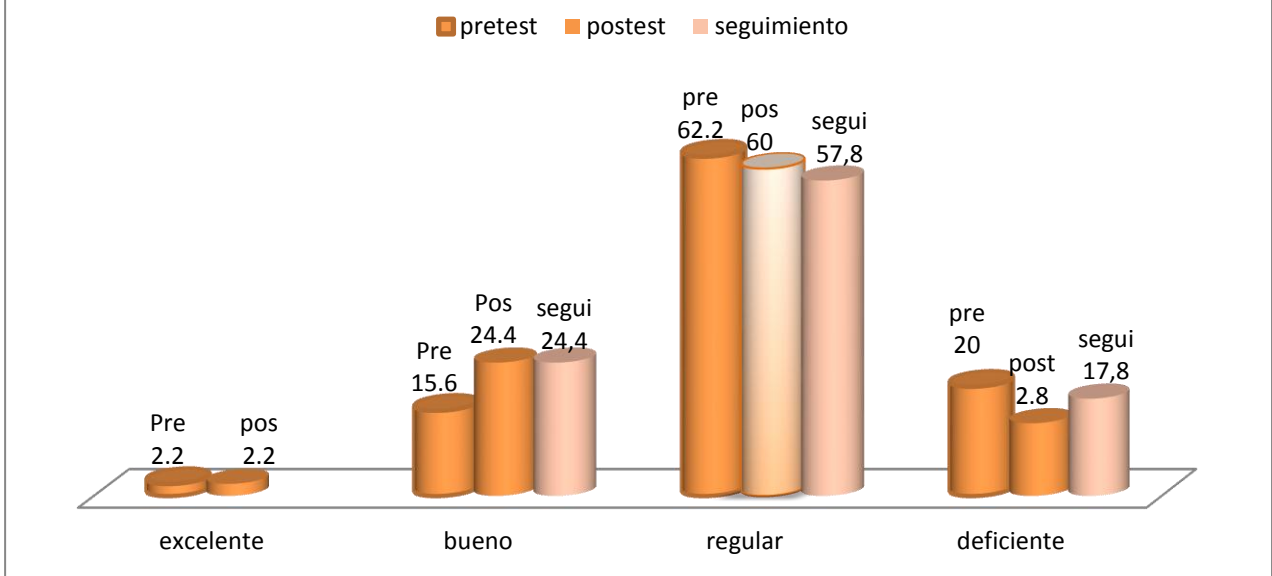
En ambos grupos (control y experimental) se aplicó el instrumento “conocimientos, actitudes y prácticas” en 3 tiempos pretest, postest y seguimiento (3 meses después de la aplicación del postest).

Grupo control

Conocimientos

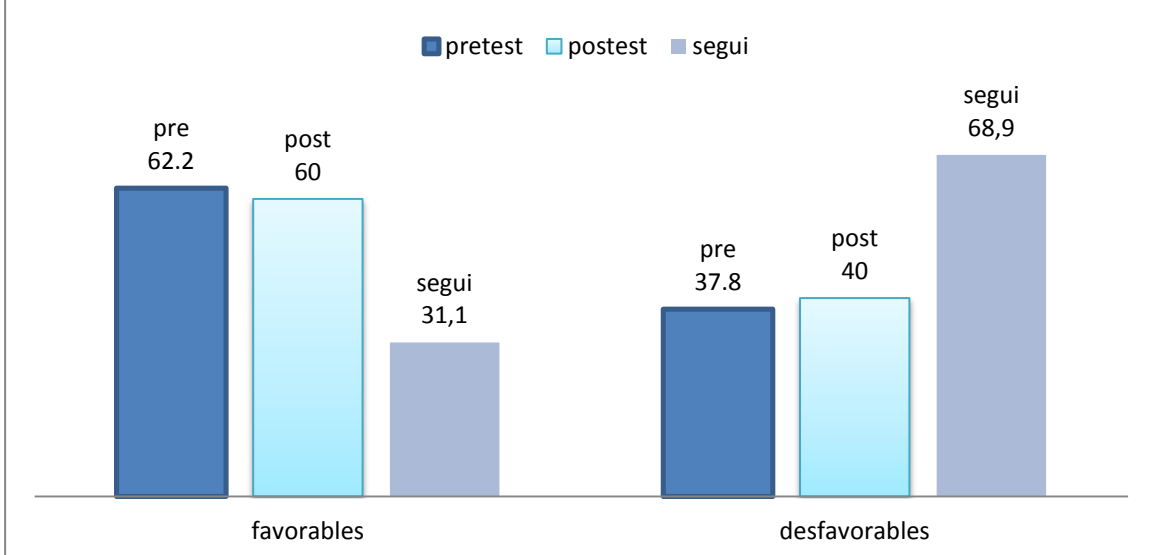
El pretest (cuestionario) aplicado a los alumnos del grupo control en cuanto a los conocimientos la mayoría del grupo (28 alumnos) fueron regulares. En la aplicación del postest no hubo cambios en el nivel de conocimientos dado que los resultados en el pretest comparados con el postest y seguimiento casi se mantuvieron igual (figura 2).

Figura 2. Distribución de la muestra por conocimientos en el pretest, postest y seguimiento del grupo control



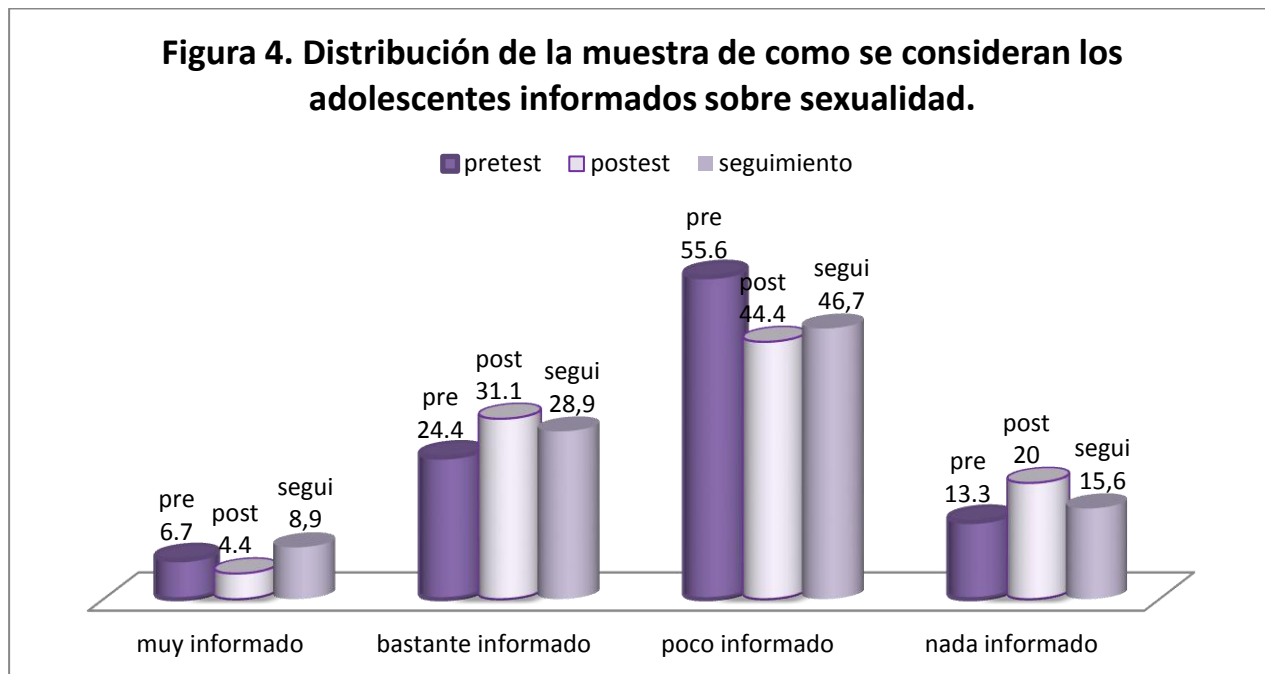
Con respecto a las actitudes en el pretest 28 alumnos tuvieron actitudes favorables en cuestión de sexualidad. En el postest las actitudes de los alumnos cambiaron un poco aunque no fue mucho la diferencia, para la aplicación del seguimiento las actitudes incrementaron de manera desfavorable (figura 3).

Figura 3. Distribución de la muestra por actitudes en el pretest, postest y seguimiento del grupo control

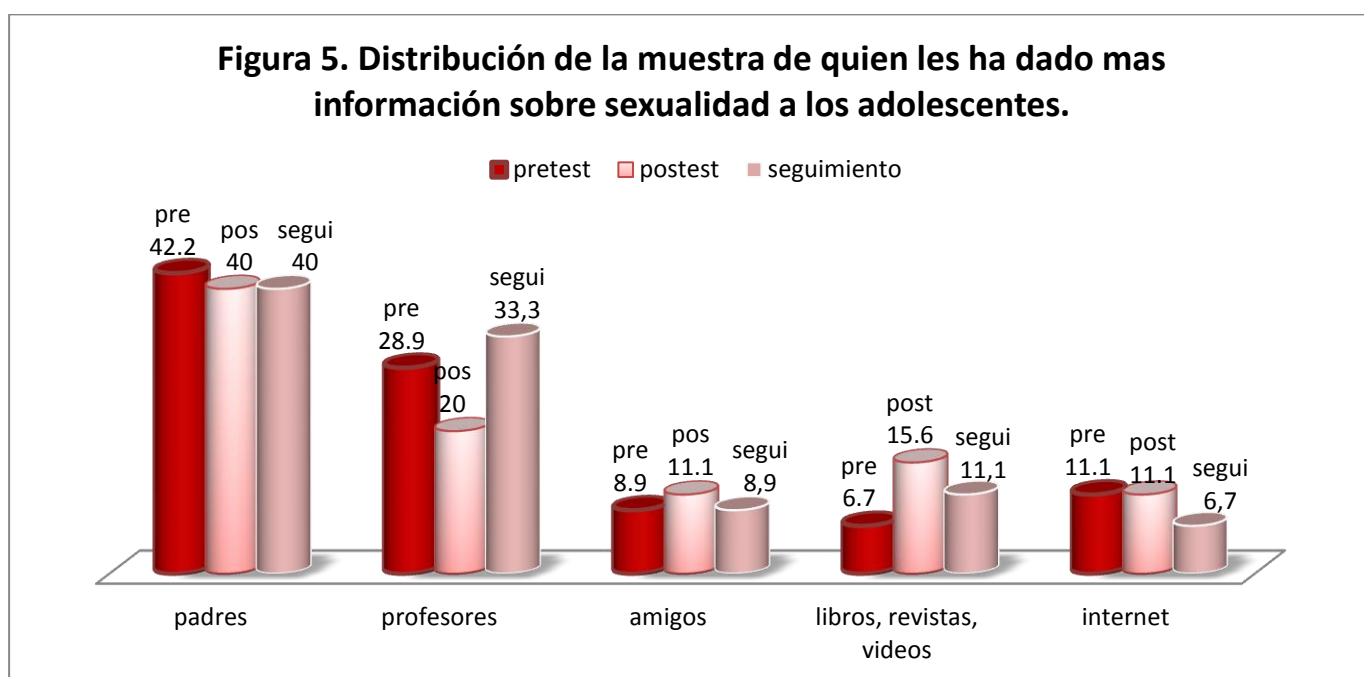


Prácticas sexuales

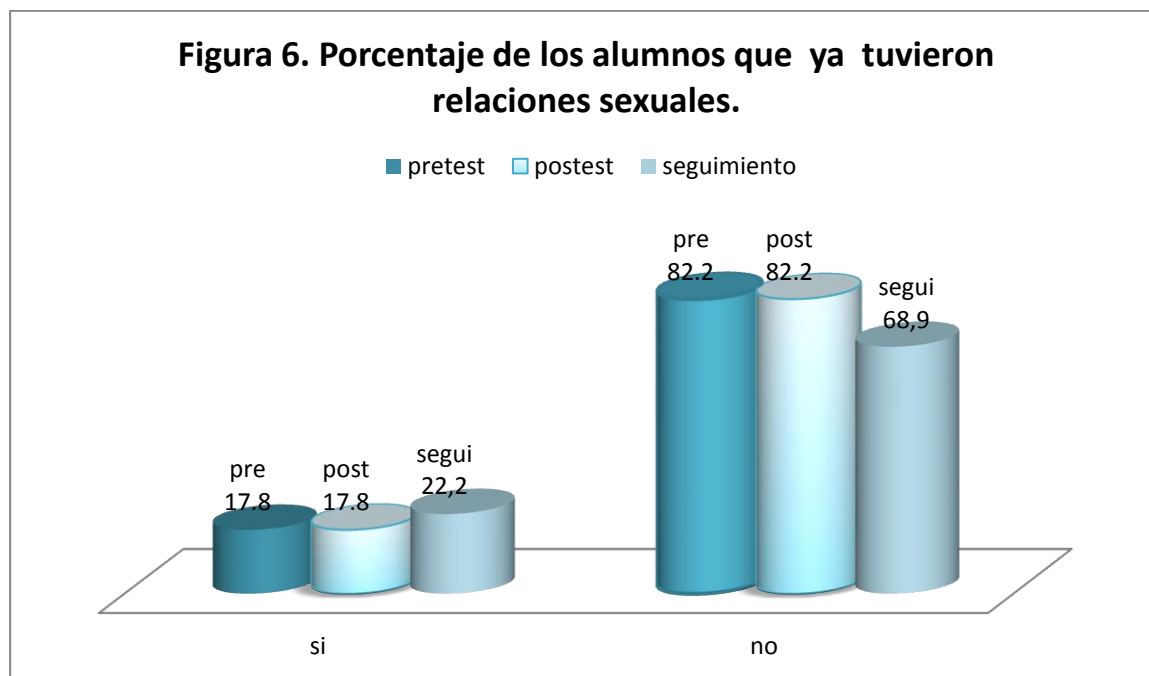
En el apartado 3 que corresponde a las prácticas sexuales de los adolescentes en la pregunta ¿te consideras bien informado en sexualidad? se puede observar que hubo un cambio significativo en el antes y el después de la implementación del programa (figura 4).



Con respecto a la pregunta quién te ha dado mayor información sobre sexualidad se observa que hubo un incremento en amigos, así como en libros, revistas y videos ya que del pretest al posttest en esta categoría aumento 8.9%. Para el seguimiento los alumnos contestaron que recibieron más información y educación sexual por parte de sus profesores (figura 5).



En el pretest 17.8% de los alumnos ya tuvieron relaciones sexuales y en el postest los resultados se mantuvieron igual, cabe destacar que de acuerdo a los resultados arrojados 6.7% iniciaron su vida sexual a los 13 años, mientras que 11.1% iniciaron su vida sexual a los 14 años. Los resultados se mantuvieron de la misma forma en el seguimiento (figura 6).



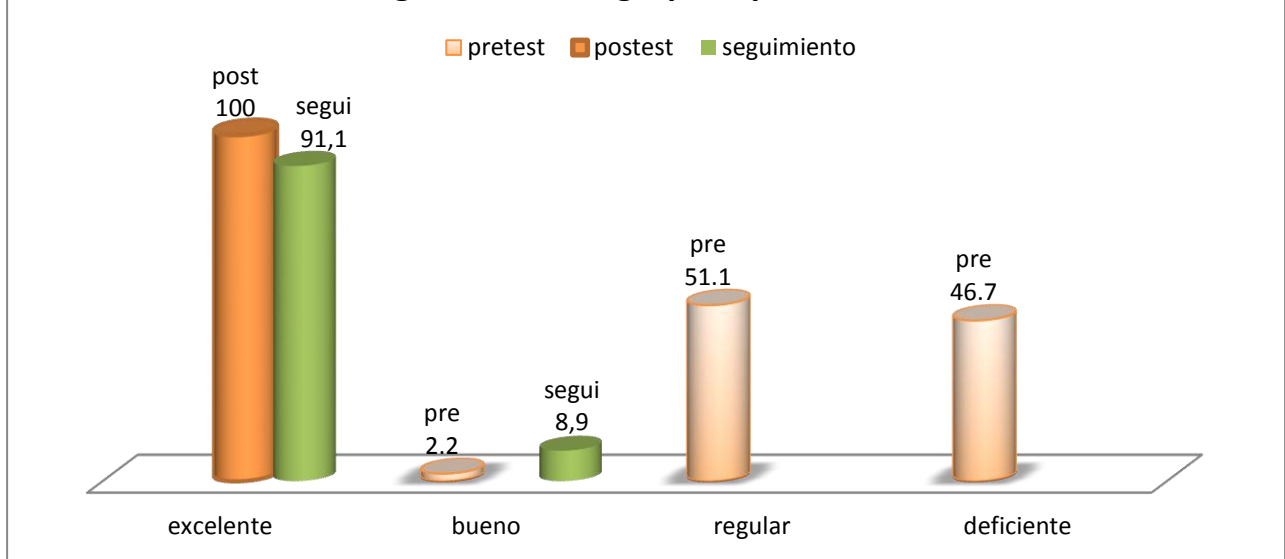
De los 8 alumnos que dijeron ya haber tenido relaciones sexuales, 5 de ellos han tenido una pareja sexual en su vida, mientras que 3 declararon hasta el momento del postest haber tenido 2 parejas sexuales. 5 alumnos (11.1%) ha utilizado métodos anticonceptivos entre el anticonceptivo más utilizado por los adolescentes se encontró el coito interrumpido, los resultados fueron los mismos para el postest y para el seguimiento aumento un poco el porcentaje.

Para el seguimiento se encontró que 13.3% utilizan métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales y 4.4% no utilizan ninguno.

Grupo experimental (intervención)

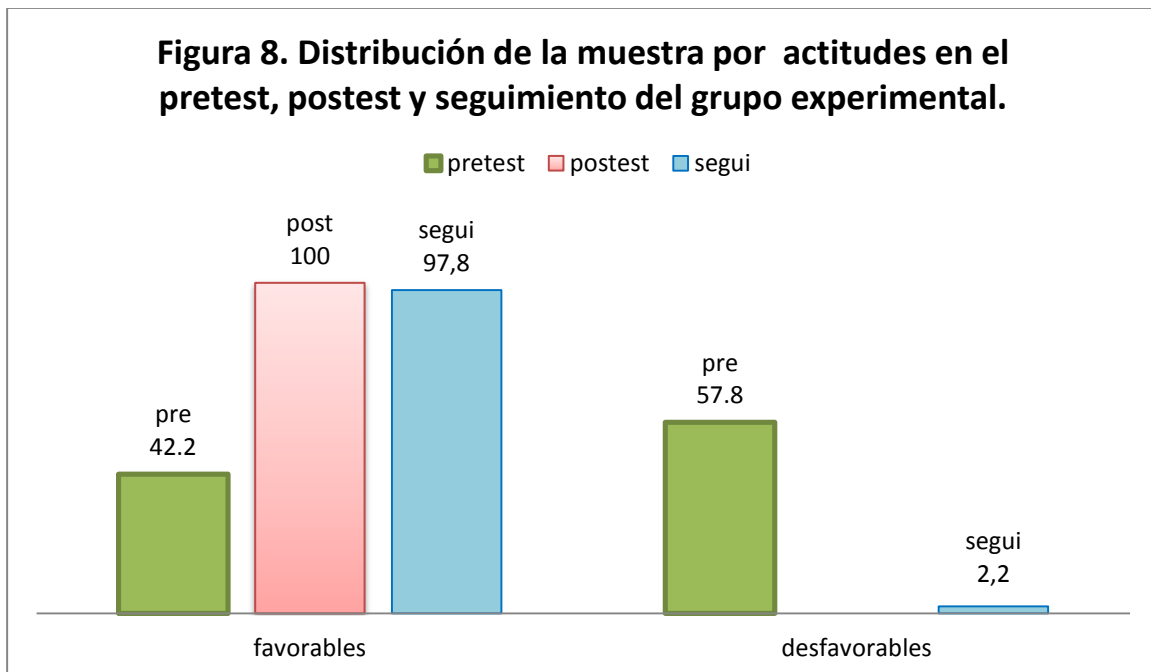
En el grupo con intervención se aplicó el mismo instrumento en el pretest con respecto a los conocimientos, 23 alumnos fueron regulares, sin embargo después de la implementación del programa de educación sexual se aplicó el postest y los 45 alumnos tuvieron excelente por lo que se logró que se incrementaran los conocimientos, hubo un notable cambio en el seguimiento pues después del postest los resultados fueron 100% excelentes y en la aplicación del seguimiento disminuyó a bueno (Figura 7).

Figura 7. Nivel de conocimientos en el pretest, postest y seguimiento del grupo experimental.



En lo que concierne a las actitudes con la implementación del programa los resultados arrojaron que 45 (100%) de los alumnos tuvieron actitudes favorables con respecto a la sexualidad, mientras que para el seguimiento del 100% disminuyó a 97.8% (figura 8).

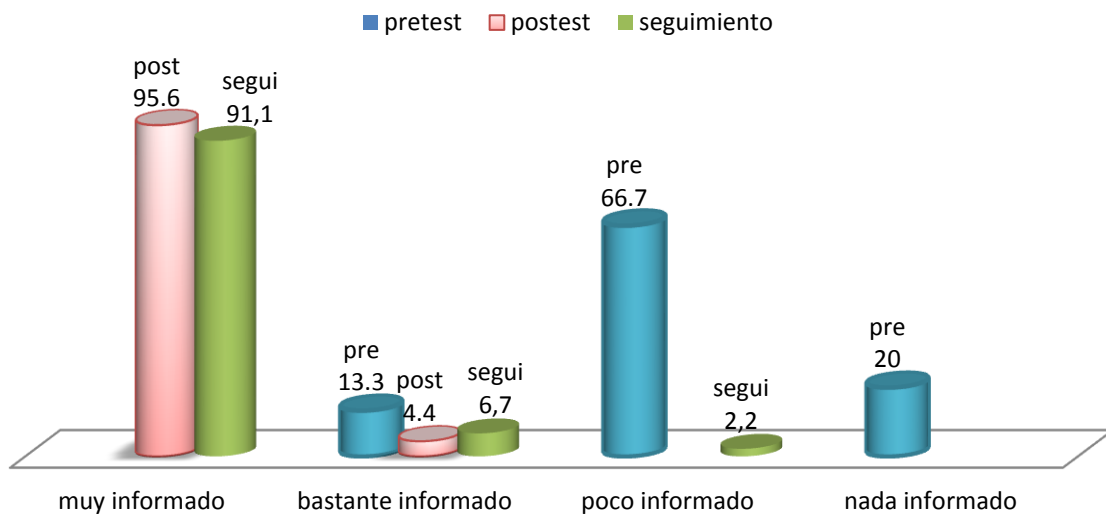
Figura 8. Distribución de la muestra por actitudes en el pretest, postest y seguimiento del grupo experimental.



Prácticas sexuales en los adolescentes

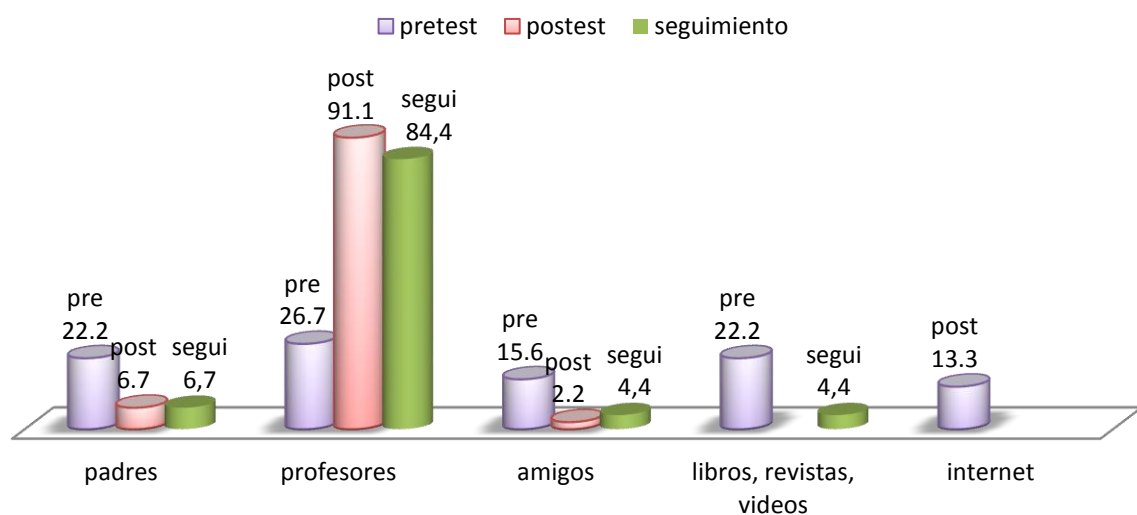
En prácticas sexuales en los adolescentes se nota un cambio de poco informado en el pretest, mientras que para el postest y seguimiento contestaron que con la implementación del programa de educación sexual se consideran muy informados (figura 9).

Figura 9. Distribución de la muestra de como se consideran los adolescentes informados en sexualidad.



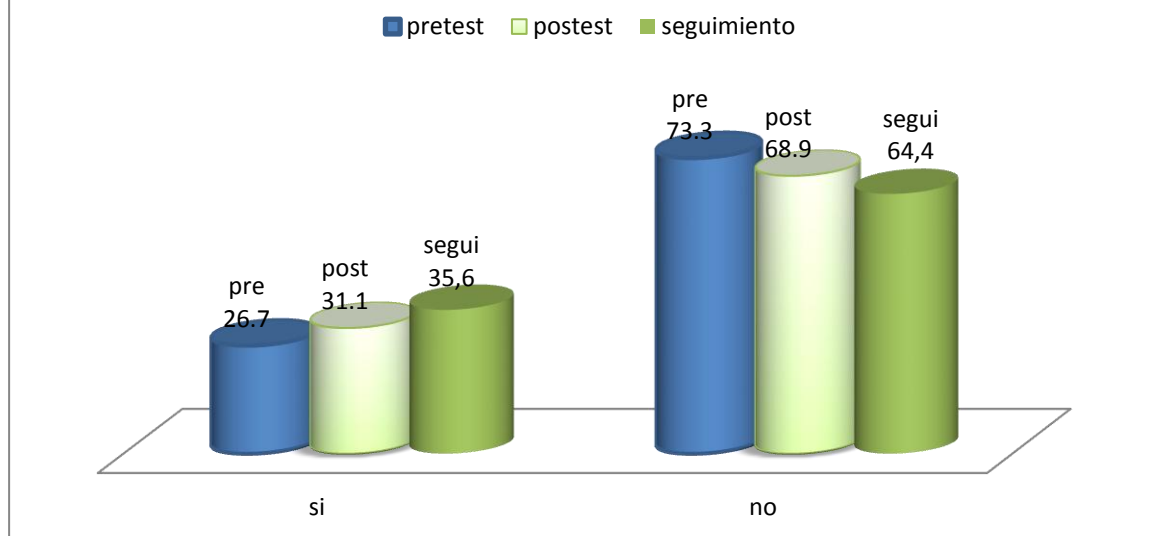
De acuerdo con el programa de educación sexual que se implementó en la secundaria los alumnos respondieron que han tenido mayor información por parte de sus profesores libros, revistas y videos (figura 10).

Figura 10. Distribución de la muestra de quien les ha dado mas información sobre sexualidad a los adolescentes.



De los alumnos que ya tuvieron relaciones sexuales (figura 11) 20% respondió que iniciaron su vida sexual a los 14 años, 8.9% a los 13 y 1 alumno a los 12 años; 17.8% solo han tenido una pareja sexual y 11.1% 2 parejas sexuales.

Figura 11. Porcentaje de alumnos que tuvieron relaciones sexuales en el grupo experimental.



En el pretest 13.3% de los adolescentes dijeron que si utilizan métodos anticonceptivos, el coito interrumpido siendo el más utilizado con 8.9% de los alumnos, después del programa de educación sexual hubo un incremento pues 22.2% respondieron que si utilizan métodos anticonceptivos y el condón fue el método que más utilizaron con 15.6%. Después del seguimiento se encontró que los alumnos que tuvieron relaciones sexuales utilizaron el condón como método anticonceptivo.

De acuerdo con los resultados arrojados por el SPSS la significancia (p) en los 3 apartados del instrumento fue de .001 por lo que se considera que el programa de educación fue bueno y el tamaño de efecto de cohen (d) en las 3 apartados fue grande. Se considera que valores inferiores a 0.2 indican un efecto pequeño, 0.4 de magnitud media y 0.8 indica un efecto de alta magnitud (tabla 14).

Tabla 14.

Promedio y desviaciones estándar obtenidas por grupo con intervención y control en el pretest, postest y seguimiento de conocimientos (C), actitudes (A) y prácticas sexuales (PS) en los adolescentes.

	EXPERIMENTAL						CONTROL						F	p	d
	45 ALUMNOS						45 ALUMNOS								
	preprueba		postprueba		seguimiento		preprueba		postprueba		Seguimiento				
	M	(DE)	M	DE	M	DE	M	(DE)	M	(DE)	M	DE			
Conocimientos	5.67	(2.13)	19.87	(.344)	18.4	(1.82)	7.93	(3.4)	8.9	(3.25)	8.6	(3.1)	696.6	.000	.92
Actitudes	37.2	(4.5)	49.67	(1.0)	48.8	(1.5)	40.7	(5.3)	40.8	(4.9)	42	(4.9)	300.2	.000	.79
Practicas Sexuales	3.07	(.58)	1.04	(.208)	1.11	(.38)	2.76	(.77)	2.8	(.81)	2.6	(.38)	292.7	.000	.76

Nota: M =media, DE = desviación estándar, F =, p = significancia, d =tamaño de efecto.

Capítulo V

Discusión

El programa tuvo un impacto satisfactorio debido a que los objetivos fueron cumplidos; el objetivo de la intervención fue “evaluar el impacto de un programa de educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no planeado en la adolescencia”. Con la aplicación del postest se identificó que hubo un notable incremento del pretest al postest en el grupo con intervención mientras que en el grupo control fueron pocos los cambios y los resultados se mantuvieron igual. Después de 3 meses del postest se dio el seguimiento, el cual consiste en aplicar el mismo instrumento utilizado para saber si el programa fue efectivo a mediano plazo.

Para probar la hipótesis alterna: la implementación de un programa de educación sexual va a prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no planeado en la adolescencia, se realizó un análisis de medidas repetidas comparando las puntuaciones obtenidas por los participantes en los apartados de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en los adolescentes que evalúan el instrumento utilizado; por lo tanto los resultados indicaron un incremento en conocimientos con respecto a los temas de ciclo menstrual, infecciones de transmisión sexual, embarazo y prevención de embarazo en la adolescencia y métodos anticonceptivos. También se observa cómo las actitudes de negativas aumentaron a positivas con respecto a la sexualidad. El programa fue efectivo en el grupo con intervención en el apartado de prácticas sexuales de los adolescentes, pues de los adolescentes que ya tuvieron relaciones sexuales, antes de la aplicación del programa utilizaban el coito interrumpido como método de prevención del embarazo y después del postest dijeron utilizar el preservativo.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Torres, Walker, Gutiérrez y Bertozzi (2006) esta semejanza podría deberse a los temas que impartieron los autores son iguales a los de la presente investigación de manera que generen evidencia sobre su efectividad en la prevención del embarazo adolescente y su posible incidencia en el riesgo ante las ITS.

Los resultados son similares a los de Rodríguez, Ramos, Contreras y Perdomo (2013) diseñaron una estrategia educativa dirigida a mejorar la salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes, la cual consistió en modificar los conocimientos acerca de: percepciones sobre qué es la sexualidad, conductas sexuales y reproductivas que deben asumir los jóvenes y adolescentes, comportamiento placentero y actitudes sexuales responsables; para estos temas se realizaron campañas de comunicación, talleres de sensibilización para capacitar. Se hizo la evaluación de

estructura, proceso y resultado estará presente desde inicio de la propuesta de la estrategia hasta el final de la misma por lo que se llegó a la conclusión de que implementarla ha sido factible y ha brindado buenos resultados en los adolescentes y jóvenes.

Los resultados son similares a los de Chávez, Virella, Viñas y Almeda (2009) hicieron un estudio de intervención educativa para incrementar los conocimientos sobre algunas características de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes de secundaria en Cuba. En los resultados arrojados después de la intervención se elevó el conocimiento a un 100% por lo que los resultados se consideraron excelentes y adecuados pues se logró el objetivo de la intervención. Los resultados coinciden ya que los autores como en mi intervención se hicieron 3 etapas 1) diagnóstica: aplicación de la encuesta 2) elaboración de la propuesta educativa de intervención, en la cual se elaboraron 5 módulos de capacitación que incluyeron técnicas participativas y 3) se aplicó nuevamente el cuestionario un mes después de la intervención para evaluar el impacto de esta.

Los resultados son similares a los de Guerra, Trujillo, Navarro y Martínez (2009) llevaron a cabo un estudio experimental de intervención educativa, ellos también realizaron su investigación en 3 etapas 1) aplicaron una encuesta para identificar el nivel de conocimientos que poseían sobre el tema 2) intervención: las actividades de capacitación se realizaron dos veces al mes durante 6 meses, lo que facilitó la aplicación de las técnicas participativas; se capacitó al grupo por medio de un programa de intervención educativa sobre las ITS basado en nueve temas; cabe mencionar que se utilizaron técnicas como: técnicas de animación y reflexión, charlas, dinámicas, grupales, proyecciones, debates de videos, entrega de condones y material educativo. 3) evaluación: en esta última etapa 6 meses después de haber concluido la capacitación se aplicó la misma encuesta para determinar los cambios ocurridos en el nivel de conocimientos de los jóvenes.

Los resultados son similares a los de Callejas et al., (2005) hicieron un estudio para evaluar el resultado de una intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y ETS/SIDA dirigida a estudiantes de secundaria. En los resultados posteriores de la intervención se encontró que hubo cambios en los conocimientos y actitudes sobre la prevención de ETS y embarazos no deseados, logrando que mayoría de los adolescentes utilizaran el preservativo como método anticonceptivo de prevención. La intervención se basó en la organización de un concurso de mensajes publicitarios (a modo de anuncios para prensa, radio y televisión) que debían ser elaborados por los propios estudiantes, agrupados en «talleres de salud», además se impartieron dos charlas educativas monográficas de unos 50 minutos de duración sobre cada uno

de los temas (anticoncepción y ETS). A los seis meses del inicio de la intervención los estudiantes respondieron otro cuestionario similar al primero, con algunas preguntas añadidas acerca de su participación y opinión sobre la utilidad de la intervención.

Los resultados son similares a los de Valle (2005) quien realizó una investigación observacional cuasi-experimental prospectiva con adolescentes donde se implementó un programa educativo; este programa se basó en una programación de reuniones preparadas con anterioridad y realizadas en 7 sesiones; que tienen objetivos precisos y la presentación de los temas acompañados de técnicas participativas para lograr una mayor percepción y motivación de las adolescentes. Después se realizó una comparación de los resultados al inicio y al final de la intervención para saber, el nivel de conocimiento alcanzado y definir, de esta forma, si nuestra estrategia de intervención fue eficaz. Y se logró mejorar el conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia y una mayor percepción del riesgo para lograr cambios de comportamiento en las adolescentes.

Los resultados son similares a los de Pascual-González, Puentes, Pérez y Rísquez (2010) realizaron un estudio experimental y longitudinal, de intervención educativa, aplicaron un cuestionario y después se llevó a cabo la intervención se utilizó material audiovisual elaborado en Power Point 2007 y posterior al desarrollo de la actividad, fueron entregados trípticos y respondidas las dudas de los estudiantes. Aquí hubo diferencias pues los responsables de tal intervención solo hicieron una sesión de 4 horas y entregaron material extra educativo (trípticos) para aclarar las dudas de los responsables. Los autores evaluaron el logro de objetivos con el mismo cuestionario y encontraron que si hubo un incremento en cuestión de conocimientos. La desventaja de esta intervención se debe a que los alumnos así como terminaron la sesión educativa fueron evaluados y dar todos los temas en una misma sesión puede resultar benéfico pero no es seguro que mantengan los conocimientos a largo plazo.

Los resultados son similares a los de Castro, Rizo, Reyes y Vázquez (2012) realizaron una intervención educativa en adolescentes de secundaria básica, la similitud que se encontró con ellos fue porque los autores implementaron 5 sesiones de 45 minutos de duración cada una, estas fueron impartidas una vez por semana en cada grupo en áreas de la propia escuela, por un médico y enfermera de la familia, entrenados en este tema. Otra similitud fue los temas que impartieron con respecto a las ITS 1) Qué son las ITS, grupos vulnerables y modo de transmisión. 2) Tipos más frecuentes de ITS y cómo reconocerlas. 3) Conductas sexuales riesgosas y complicaciones de las ITS. 4) Formas de prevención y control de las ITS. Y 5) Reafirmación de los contenidos de la estrategia educativa con juegos didácticos.

Los resultados son similares a los de Gil, Rodríguez y Rivero (2012) hicieron una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, hicieron la investigación en 3 etapas 1) diagnóstica en esta etapa se diagnosticaron las necesidades de aprendizaje y el nivel de los conocimientos del tema a tratar mediante la aplicación a cada adolescente de un cuestionario el cual contenía preguntas como canales de comunicación por los que ha recibido la información: medios de difusión masiva (radio, televisión, prensa escrita), personal de la salud (médico, enfermeras, brigadistas sanitarias) , literatura (libros, revistas), por sus padres, por sus profesores y otras vías (amigos, vecinos),no ha recibido información y utilización de métodos anticonceptivos 2) etapa de intervención: se llevó a cabo la estrategia de intervención educativa, se organizaron ocho subgrupos de capacitación con diez adolescentes cada uno, los cuales recibieron cinco sesiones de trabajo, de dos horas de duración con dos frecuencias semanales. Los temas impartidos fueron: anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino, características de los diferentes métodos anticonceptivos, utilización correcta del condón, efectos indeseables más frecuentes detectados con el uso de los anticonceptivos y anticoncepción en la adolescencia.3) evaluación: después de la intervención se compararon los resultados de la primer encuesta se encontró que mayor por ciento de los adolescentes logró reconocer que deben emplearse los métodos anticonceptivos, para evitar el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual.

Las intervenciones mencionadas anteriormente coinciden con el programa diseñado en la presente investigación debido a que los temas impartidos fueron similares.

Conclusiones

En la presente investigación se observó un incremento en el aprendizaje (conocimientos, actitudes y practicas sexuales; en los alumnos del grupo intervención, también se vio reflejado por medio del cuestionario empleado que los alumnos tienen mayor información acerca de salud sexual por medio de profesores y muy poco por los padres, esto puede deberse a que los hijos no tienen la suficiente confianza en hablar este tipo de temáticas con los padres ya sea por pena o por no ser regañados. Sin embargo taller para padres o escuela para padres puede ser una estrategia eficaz para intervenir de manera oportuna, orientando, educando y platicando con los hijos sobre estos temas generando una mayor confianza para que los adolescentes compartan sus experiencias y así mismo reciban consejos de los padres.

El educador para la salud tiene un papel sumamente importante lograr que los adolescentes se informen y se responsabilicen de su sexualidad pues solo ellos sabrán como vivirla, pero también es indispensable poner énfasis en la autoestima del adolescente, como se mencionó anteriormente una baja autoestima influirá de manera negativa en la toma de decisiones y plan de vida de los adolescentes ya que no ven a futuro las consecuencias que traen consigo las decisiones mal tomadas.

De acuerdo con Dodgson & Wood (1998) los jóvenes con un auto concepto y autoestima elevada disfrutaban las experiencias positivas y son a su vez más eficaces en el afrontamiento de experiencias negativas, generando respuestas más adaptativas tras el fracaso, es decir que son mas responsables para afrontar las consecuencias de sus actos.

Limitaciones

Durante la aplicación del programa se encontraron algunos obstáculos que impidieron que la intervención se llevara a cabo de manera adecuada como fue la falta de tiempo dado que en 60 minutos que duraron las sesiones era poco tiempo para dar el cierre de sesión y la retroalimentación del tema; otro obstáculo fue que la institución educativa no tenía el espacio suficiente para hacer las dinámicas los salones son pequeños y por mobiliario el espacio quedaba reducido.

Por parte de los alumnos hubo disposición e interés en los temas ya que participaron en las dinámicas y daban sus diferentes opiniones en los debates.

Propuestas

Para lograr una eficacia en las intervenciones educativas se recomienda:

- ✓ Que educadores para la salud proporcionen información y educación en la población pues son los especializados en todo tipo de temáticas y actúan desde la prevención.
- ✓ Implementar intervenciones educativas mínimo 8 sesiones (una por semana) y con una duración de 40 a 60 minutos cada una, pues contribuirá a que la población adolescente adquiera un mayor aprendizaje a largo plazo.
- ✓ Es indispensable hacer un cierre de cada sesión con conclusiones para despejar las dudas que tuvieron durante la intervención.

- ✓ Se recomienda llevar a cabo las intervenciones en espacios amplios y que sea un ambiente tranquilo pues luego hay distractores que roban la atención de la población a la que se desea educar.
- ✓ Es recomendable utilizar material educativo como revistas, periódicos, videos, trípticos, cine debate y dinámicas de manera que no solo se informe a la población sino que también adquiera sensibilización para modificar comportamientos, conductas actitudes y prácticas sexuales.
- ✓ Diseñar un proyecto de escuela para padres con el fin de informar a los padres sobre la sexualidad, para que adquieran confianza al hablar sobre estos temas con sus hijos.

Referencias

- Achiong A. M. (2011). Intervención educativa en VIH/SIDA a adolescentes del Instituto Preuniversitario Vocacional de Ciencias Exactas "Carlos Marx", de Matanzas. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(3) 336-345.
- Alonso, M. C., Gallejo, J. D & Honey, P. (2008). *Los estilos de aprendizaje. Procedimientos de diagnóstico y mejora*.
- Alonso, V. Y. (2010). Propuesta de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. Consultado el 15 de Noviembre de 2013 en: <http://www.odiseo.com.mx/correo-lector/propuesta-intervencion-educativa-para-prevenir-embarazo-adolescencia>.
- Alvizar, S. D. (2006). *Propuesta metodológica para proporcionar educación sexual a las y los alumnos de educación secundaria*. (Tesis de maestría). Universidad Pedagógica Nacional, México.
- Amaro, H. F., Reyes, G. G. Palacios, M. L. & Cardoso, N. O. (2010). Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes. *Archivo Médico de Camagüey*, 14(3)
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2008). *Stages of Adolescent Development*. Consultado el 30 de Octubre de 2013 en: http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/ttssystem/teaching/eecd/curriculum/planning/_34_stages_of_adolescence1.pdf.
- Aragón, B. L. & Bosques E. (2012). Adaptación familiar, escolar y personalidad de adolescentes de la Ciudad de México. *Enseñanza e investigación en psicología*, 17(2) 263-282.
- Armendáriz, O. A. & Medel, P. B. (2010). Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes. *Synthesis*, 19-24.
- Arrieche, E. E. (2010). *Propuesta de un programa educativo integral para fortalecer los conocimientos de la educación sexual dirigido a los alumnos del primer año del Liceo bolivariano Lisandro Alvarado*. (Tesis de maestría), Universidad Centro accidental "Lisandro Alvarado", Venezuela.
- Ausubel, D., (1983). *Psicología educativa*. México: Trillas. Badía-Saiz, A. A., Calderón-Badía, B.T. & Martínez-Martínez, w. (2013). Intervención educativa sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; realizada con adolescentes del Instituto Técnico de Joyabaj Guatemala. *Ciencias Holguín*, 19 1-8.

- Baena R. A., Alba, A., Jaramillo, M.C., Quiroga, S. C. & Luque, L. (2012). Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. *Atem Fam*, 19(4) 82-85.
- Barbé, A. A. Moreno, R. H., Gómez, L. L. & Rodríguez, H. O. (2010). Estrategia de intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humano. *Archivo Médico de Camagüey*, 14 (4)
- Barbón, P. O. (2011). Fuentes de información sobre educación sexual en adolescentes estudiantes de enfermería. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(2) 238-246.
- Barraza, M. A. (2010). La propuesta de intervención educativa. En A. Barraza (ed.). *Elaboración de propuestas de intervención educativa*. México: Universidad Pedagógica de Durango, Pp. 24-32.
- Bausela, H. E. (2005). Diseño de un programa de prevención de embarazos no deseados centrado en el desarrollo de las habilidades sociales y de autoestima dirigido a alumnos de educación secundaria obligatoria. *Revista de Psicodidáctica*, 10(1) 103-120.
- Callejas, P. S., Fernández, M. B., Méndez, M. P., León, M. T., Fábrega, A. C., Villarín, C. A., Rodríguez, R. Ó., Quirós, L. R., Fortuny, T. A., López de Castro, F. & Fernández, R. O. (2005). Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Revista Española de Salud Pública*, 79(5) 581-589
- Cartaxo, P. A., Rolim N. L. & De Abreu, L. C. (2013). Adolescence and sexuality. *HealthMED*, 7(4), 1094-1099.
- Castillo, J. (2002). *Conductas sexuales*. Consultado el 13 de Septiembre de 2013 en: <http://www.comentariosdelibros.com/articulo-conductas-sexuales-20a133u1s.htm>.
- Castro, A. I. (2010). Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(5) 705-716.
- Castro, A. I., Rizo, M. Y., Reyes, P. Y. & Vázquez, A. Y. (2012). Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de la secundaria Fructuoso. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(2)
- Cata, M. (2004). *Programación educativa*. Consultado el 10 de Octubre de 2013 en: fatimanomo.files.wordpress.com/2010/03/programacioneducativa.doc.

- Chagas de Almeida, M. C. & Aquino, M. E. (2011). Adolescent pregnancy and completion of basic education: a study of young people in three state capital cities in Brazil. *Saúde Pública*, 27(2) 2386-2400.
- Chávez, R. M., Virella, T. M., Viñas, S. L. & Almeda, D. G. (2009). Conocimiento de algunas características de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes: intervención educativa. *Archivo Médico de Camagüey*, 13(3)
- Consejo Nacional de Población (1998). *Proyecciones de Población de México, 1996-2050*. México: CONAPO.
- Corona-Hechavarria, Y., Mastrapa-Reyes, C. & Leyva-Ruiz, L. (2010). Estrategia de intervención sobre sexualidad e infecciones de transmisión sexual en adolescentes municipio Quime, Bolivia. *Ciencias Holguín*, 18(4)
- Cortés, A., García, R., Hernández, S., Monterrey, G. y Fuentes, A. (1999). Encuesta sobre comportamientos sexuales riesgosos y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes adolescentes de Ciudad La Habana, *Revista Cubana*. 120-123
- Díaz, R. S. (17 Abril 2010). *Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)*. Consultado el 14 de Septiembre en: <http://diazrisco.wordpress.com/2010/04/17/enfermedades-de-transmision-sexual-ets/>.
- Domínguez, S. L. & Díaz, G. J. (2008). *Enfermedades de Transmisión Sexual*. Universidad Nacional Autónoma de México. Consultado el 14 de Septiembre de 2013 en: http://www.medicinaysalud.unam.mx/seam2k1/2008/ago_01_ponencia.html.
- Ertmer, P. A. & Newby, T. J. (1993). Behaviors, Cognitivism, constructivism: comparing critical features from an instructional design perspective. *Performance Improvement Quarterly*, 6(4) 50-72.
- Favier, T. M., Dorsant, R. L., Maynard, B. R. Dehesa, G. L. & Torres, R.I. (agosto, 2010). Intervención educativa sobre embarazo en adolescencia. Comunidad Curazao. Venezuela. *Simposio llevado a cabo en el III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana*.
- Fernández, C. S., Bermejo, A. R. & Delgado, C. P. (2002). *Prevención de conductas de riesgo en el adolescente*. Boletín de enfermería de Atención Primaria

- Fernández, Torrecilla, Morales & Báez (2011). Intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(4) 281-288.
- Fonseca, A. Y., Gutiérrez, A. Y., Peña, A. K. & Ortiz, J. (2012). Intervención educativa sobre embarazo precoz en la adolescencia. Comunidad La Sibucara. Revista electrónica de PortapapelesMedicos.com. Consultado el 01 de Noviembre de 2013 en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4884/1/Intervencion-educativa-sobre-embarazo-precoz-en-la-adolescencia>.
- Fuentes, M. L. (07 de mayo 2013). Embarazo adolescente: fenómeno expansivo. *Excélsior*. Consultado el 07 de Septiembre de 2013 en: <http://mexicosocial.org/index.php/mexico-social-en-excelsior/item/260-embarazo-adolescente-fen%C3%B3meno-expansivo.html>.
- Fundación Mexicana para la Salud (2011). *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS*. México. Fundación Mexicana para la Salud.
- Galicia, J. (14 de Enero 2010). *En México, 30% de jóvenes ha contraído alguna enfermedad sexual*. Consultado el 01 de Noviembre de 2013 en: <http://sipse.com/archivo/en-mexico-30-de-jovenes-ha-contraido-alguna-enfermedad-sexual-28293.html>.
- Gallegos, E. C., Villaruel, A. M., Loveland, C. C., Ronis, D. L. & Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud pública México*, 50(1) 59-66.
- Gamboa, M. C. (2013). *El embarazo en adolescentes*. Consultado el 08 de Septiembre de 2013 en: <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>.
- Garduño, A. (19 de Julio 2012). *Conductas de riesgo en niños y adolescentes*. Consultado el 07 de Septiembre de 2013 en: <http://kpta.mx/contenido-digital/conductas-de-riesgo-en-ninos-y-jovenes/>
- Garzo, N. E., & Quintero, M. L. (2009). *La educación sexual en el manejo de las emociones y el inicio de la vida sexual de los adolescentes*. (Tesis de Licenciatura), Universidad de Los Andes, Colombia.
- Gil, H. A., Rodríguez, G. Y. & Rivero, S. M. (2012). Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. *Archivo Médico de Camagüey*, 16(1) 45-52.

- Gobierno del Estado de México (2010). *Hablemos de sexualidad: guía didáctica*. México. Gobierno del Estado de México.
- Godoy, M., González, M., González, A., Guardia, D., Libreros, L. & González, J. (Junio 2010). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes. *Medicina y Ciencias de la Salud*. Consultado el 20 de Septiembre de 2013 en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2259/5/Conocimientos%2C-actitudes-y-practicassobre-sexualidad-en-adolescentes>.
- Goncalves, C. S., Castella, S. J. & Carlotto M.S. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 161-166.
- González, Hernández, Conde, Hernández & Brizuela, (2010). El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. *Archivo Médico de Camagüey*, 14(1)
- González, V. B., Bolaños, G. M. & Pupo, A. N. (2013). Estrategias educativas para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en jóvenes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4) 295-300
- Guerra, P. H., Trujillo, B. N., Navarro, V. N. & Martínez, F. A. (2009). Intervención educativa para elevar conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en jóvenes. *Archivo Médico de Camagüey*, 13(6)
- Hernández, C. R., Cervera, E. L. & Rodríguez, G. Y. (2008). Saber SI DA vida! Intervención Educativa en adolescentes. *Archivo Médico de Camagüey*, 12(2)
- Hernández, R. G. (2012). *Estrategia educativa para disminuir el embarazo en la adolescencia, en el área de salud Taguasco, 2008-2012*. Taguasco, Cuba.
- Hernández, S. R. (1997). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, V. C. (2009). *Embarazo en adolescentes*. Departamento de Medicina Familiar. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM.
- Higashida, H. B. (2007). Adolescencia, edad adulta, climaterio y tercera edad. En B. Higashida. (ed.). *Ciencias de la salud*. México: Mc Graw Hill, Pp. 215-220.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2010). *Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud*. Consultado el 09 de Septiembre de 2013 en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/juventud10.asp?s=inegi&c=2766&ep=4>.

- Instituto Nacional de Mujeres (2012). Enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA. Consultado el 01 de Noviembre de 2013 en: http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/its_vih.pdf.
- Instituto Nacional de Salud Pública INSP (2006). *Resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2006*. México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- León, C. M. (2009). *Teoría de la Acción Razonada*. Universidad Privada Antenor Orrego, Perú.
- León, P., Minassian, M., Borgoño, R. & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*, 5(1) 42-51.
- Leyva, R. N. Sosa, Z.M. Guerra, C. D. Mojena, O. D. & Gómez, P. N. (2011). Modificación de conocimientos sobre salud sexual reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. *MEDISAN*, 15(3) 323-329.
- Lillo-Espinosa J. L. (2004). Growth and behaviour in the adolescence. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* (90): 57-71.
- Llanes, R. A., Quevedo, A. V., Ferrer, H. I., De la Paz, C. A. & Sardiñas, Montes. O. (2009). Embarazo en la adolescencia: intervención educativa. *Archivo Médico de Camagüey*, 13(1)
- Maiztegui, L. C. (2006). *Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva de las mujeres del hospital materno Provincial de Córdoba*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Meacham, D. (1998). Sexualidad y salud reproductiva del adolescente: El desafío del 2000. *Rev Muj Sal*, 1(4) 31-54.
- Mendes, T. C., Schor, N., Valenti, V. E., Sugishita, K. P., De abreu, L. C. (2012). Condom use at last sexual relationship among adolescents of Santiago Island, Cape Verde, - West Africa. *Reproductive Health*, 9 1-6.
- Menéndez-Guerrero, G. E., & Navas-Cabrera, I. (2012). Pregnancy and its complications in adolescent mothers. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3) 333-342.
- Montalvo, G. N. (2007). *Factores que predisponen al embarazo en adolescentes*. (Tesis de Licenciatura), Universidad Veracruzana, México.
- Noguera, O. N., Alvarado, R.H. (2012). Embarazo en adolescentes: una Mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista de Enfermería*, 7(7) 151-160.

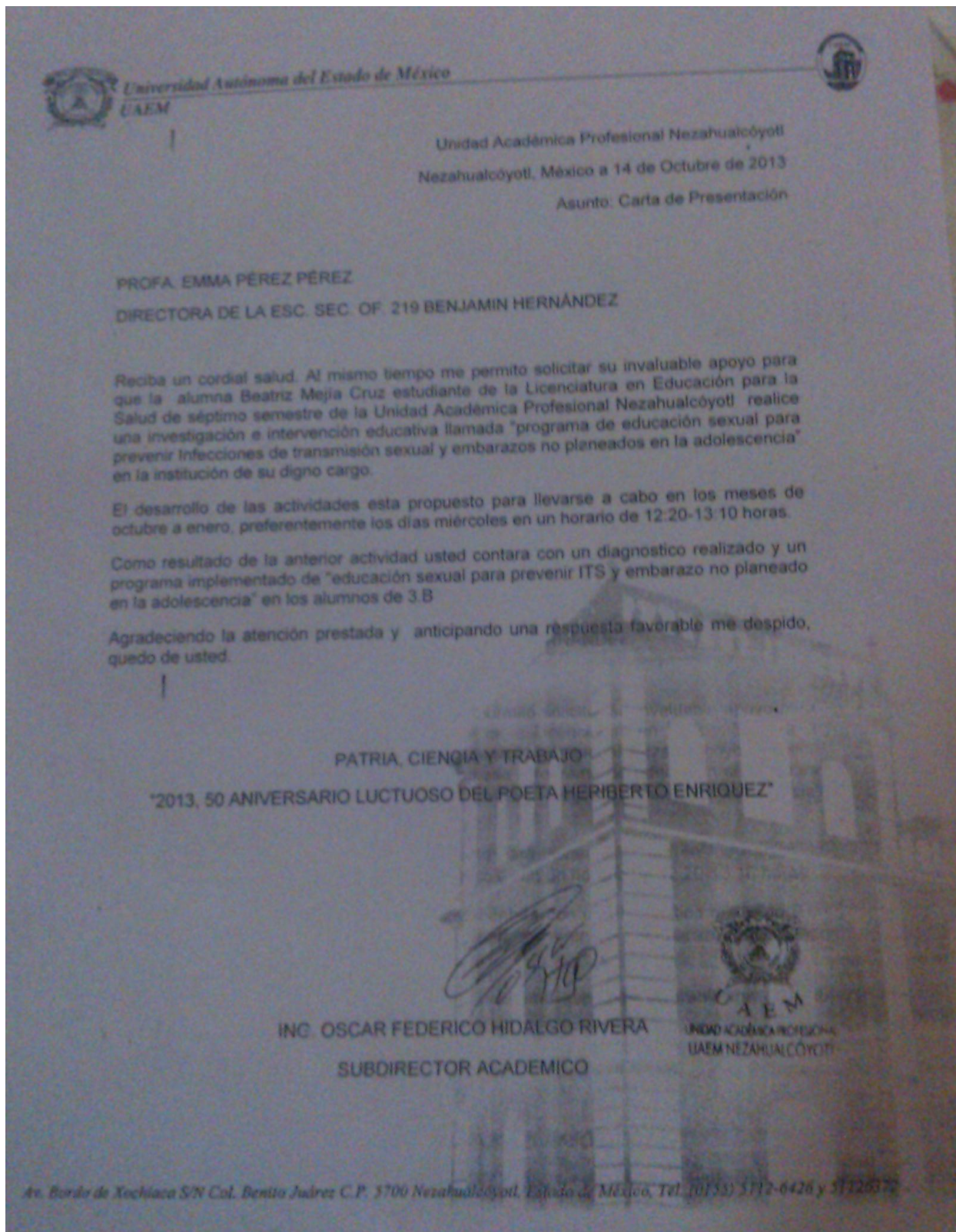
- O'connor, J. (2000). *PNL para formadores*. España: Urano.
- Papalia, E. D., Wendkos, O. S. & Duskin, F. R (2002). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill.
- Parra, S. D. (2008). *Salud integral para el adolescente*. México: Chicome.
- Pascual-González, Y., Puentes, V. S., Pérez, A. G. & Rísquez, P. A. (2010). Efectividad de una intervención educativa de salud sobre enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz y métodos anticonceptivos en adolescentes. *Acta Científica Estudiantil*, 8(3) 61-66.
- Pérez, F. J. (2010). *El conocimiento*. Consultado el 10 de Octubre de 2013 en: <http://www.slideshare.net/dyurolf/definicion-conocimiento>.
- Pérez, R. P. (2004). Revisión de las teorías del aprendizaje más sobresalientes del siglo XX. *Tiempo de Educar*, 5(10) 39-76.
- Pérez-Jiménez, D., Escabí, M. A. & Cabrera A. M. Desarrollo de una intervención grupal para la prevención del VIH en parejas heterosexuales. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21 7-34.
- Programa Nacional de Control de SIDA/ITS PRONASIDA (2008). *Complicaciones de las infecciones de transmisión sexual*. Consultado el 20 de septiembre de 2013 en: http://www.pronasida.gov.py/index.php?option=com_content&view=article&id=30:infecciones-de-transmision-sexual-its&catid=1:informacion-basica.
- Reproductive Health Response in Conflict Consortium RHRC (2004). *Guía para la atención de las infecciones de transmisión sexual en entornos afectados por conflicto*. Consultado el 08 de Noviembre de 2013 en: http://www.rhrc.org/resources/sti/sti_spanish.pdf.
- Ríos, C. B., Yera, A. M. & Guerrero, M. M. (2009). Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Barrio Adentro. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 13(2) 1-11.
- Rodríguez, C. A. & Álvarez, V. L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana Salud Pública*, 32(1) 1-9.
- Rodríguez, C. A., Ramos, S. G., Contreras, P. M. & Perdomo, C. B. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1) 161-174.
- Rojas, C. G. (2009). *Factores de riesgo en la conducta sexual en los adolescentes*. (Tesis de Licenciatura), Universidad Veracruzana, México.

- Rouvier, M., Campero, L., Walker, D. & Caballero, M. (2011). Factors that influence communication about sexuality between parents and adolescents in the cultural context of Mexican families. *Sex Education, 11*(2) 175-191.
- Ruiz-Canela. M., López-del Burgo, C., Calatrava M., Osorio, A. & Irala J. (2012). Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Panam Salud Pública, 31*(1), 54-61.
- Salas, C. C. & Alvarez, A. L. (2004). Enfermedades de transmisión sexual. En: C. Salas (ed.). *Educación para la salud*. México: Pearson educación, 219-221.
- Salleras, (1990). *Educación Sanitaria, principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos. 31-48.
- Sañudo, G. L. (2005). Los programas de intervención una modalidad para investigar en la educación. *3er. Congreso Nacional de Investigación Educativa*. Jalisco México.
- Sarmiento, O. M., Gómez, O. I., Ordaz, G. A., García, D. C. & Casanova M. M. (2012). Estrategia de intervención educativa en enfermedades de transmisión sexual. *Ciencias Médicas de Pinar del Río, 16*(1) 32-43.
- Secretaría de Educación Pública SEP (2012). *¡Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad!*. México. Secretaría de Educación Pública.
- Torres, F.I & Beltrán, G. F. (2002). Programas de educación sexual para personas con discapacidad mental. *Educación XXI, 5* 35-76
- Torres, P., Walker, D. M., Gutiérrez, J. P. & Bertozzi, S. M. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México, 48*(4) 308-316.
- Trillo, M. V., Loreto, Q. N. & Figueroa, V. C. (2013). Embarazo en adolescentes: problema de salud pública o de intervención social. *CULCyT, 10*(1) 51-59.
- Uribe, J. I., Amador, G., Zacarías, X. & Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 10*(1), 481-494.
- Uzcategui, U. O. (1997). Embarazo en la adolescencia precoz. *Revista Panamericana de Salud Pública, 3* 241-26

- Valle, A. P. (2005). *Programa educativo en adolescentes para evitar el embarazo*. Consultado el 15 de Noviembre de 2013 en: <http://www.ilustrados.com/tema/7658/Programa-educativo-adolescentes-para-evitar-embarazo.html#>.
- Velarde-Jurado, E., Estrada-Reyes, E., Eraña-Guerra, L., Raya-Rivera, A., Velázquez-Armenta, Y. & Nava-Ocampo, A. (2003). Sexually transmitted infections associated with vulvovaginal symptoms in adolescents denying sexual activity. *Salud pública de México*, 45(5) 641-646.
- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Revista Biomédica*, 9(2) 116-121.
- Villa Andrada, J., Ruiz, M. E. & Ferrer, A. J. (2006). Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud. *Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud*. España.
- Viñas, S.L., Chávez, R. M., Virella, T. M., Santana, S. C. & Escalona, C. K. (2008). Intervención educativa en jóvenes estudiantes sobre embarazo en la adolescencia. *Archivo Médico de Camagüey*, 12(6)
- Valadez, F. I., Villaseñor, F. M. & Alfaro A. N. Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 3(1) 1665-3572.
- Werner-Wilson, R. J., Lynn, F. J. & Morrissey, K. M. (2004). Adolescent and parent perceptions of media influence on adolescent sexuality. *Adolescence*, 39(4) 302-313.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2008). *Diez datos sobre las enfermedades de transmisión sexual*. Consultado el 09 de Noviembre de 2013 en: http://www.who.int/features/factfiles/sexually_transmitted_diseases/facts/es/index2.html.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2011). *Sexually transmitted infections*. Consultado el 3 de Septiembre de 2012 en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2013). *Adolescence*. Consultado el 30 de Agosto de 2013 en: www.who.int/topics/adolescent_health/.
- Organización Mundial de la Salud OMS (Junio, 2009). Adolescent pregnancy: a culturally complex issue. *Bulletin of the World Health Organization*. Consultado el 07 de Septiembre de 2013 en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/en/index.html>.

Anexos

Anexo 1. Carta de presentación



Anexo 2 Consentimiento informado



Universidad Autónoma del Estado de México
UAEM



Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl
Nezahualcóyotl, México a 14 de Octubre de 2013

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para que mi hijo (a) _____ de 3.5 del turno matutino de la escuela secundaria Benjamín Hernández, participe en la presente investigación, considerando que los resultados de este estudio serán de beneficio para su formación individual.

La participación consiste en que mi hijo (a) debe responder un cuestionario cuyas preguntas no ponen en riesgo la integridad física y emocional. Así mismo se me dijo que la información obtenida en este estudio será totalmente confidencial por la investigadora responsable. Además del cuestionario también participara en el programa de educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no planeado en la adolescencia que durará aproximadamente 10 sesiones.

La alumna Beatriz Mejía Cruz estudiante de séptimo semestre de la Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl de la Licenciatura Educación para la salud es la responsable de la investigación y que la realiza como parte del trabajo de investigación "programa de educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados en la adolescencia".

Yo, _____ he leído y comprendido la
(Nombre del padre o tutor)
información anterior. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del padre o tutor

Fecha

Anexo 3. Instrumento “conocimientos, actitudes y practicas de la sexualidad”

INSTRUCCIONES. Este instrumento solo tiene fines académicos: por lo que solicitamos su colaboración sincera en las respuestas. Cualquier dato obtenido es totalmente anónimo y confidencial. Lee pausada y cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas, y subraya la respuesta correspondiente.

PARTE I

1) Grado y Grupo: _____ 2) Sexo: 1. Masculino 2. Femenino 3) Edad: _____

<p>1) Con respecto al Virus de Papiloma Humano (VPH) responde:</p> <ol style="list-style-type: none"> Es un hongo que produce picazón. Produce secreciones verdosas en las uñas. Su principal síntoma son las verrugas en la región genital. <p>Produce caída del cabello.</p>	<p>6) En un ciclo menstrual regular responde:</p> <ol style="list-style-type: none"> La ovulación ocurre en la vejez. Cuando la mujer tiene el periodo no puede quedar embarazada. La ovulación ocurre a la mitad del ciclo. <p>La ovulación no tiene que ver con el riesgo de embarazo.</p>
<p>2) En el VPH:</p> <ol style="list-style-type: none"> Las lesiones se pueden encontrar en los dientes. El uso de shampoo aumenta el riesgo de contraer la enfermedad. Solo afecta a mayores de 80 años. El virus se transmite por sexo oral. 	<p>El ciclo menstrual:</p> <ol style="list-style-type: none"> No está constituido por fases. La menstruación normal es aquella que dura más de 15 días. Está formado por 3 fases consecutivas. <p>Es regular si aparece menstruación 5 veces al mes.</p>
<p>3) En relación con la infección por Candida Albicans (hongos genitales), responde:</p> <ol style="list-style-type: none"> Produce picazón, inflamación genital y flujo blanquecino. No produce nada. Produce solo picazón. <p>Ninguna de las anteriores.</p>	<p>8) Con respecto al ciclo menstrual:</p> <ol style="list-style-type: none"> Su duración normal es de 21 a 32 días. Es normal que dure menos de 10 días. Si dura más de 50 días es normal. <p>Las enfermedades del sistema endocrino nunca alteran el ciclo menstrual.</p>
<p>4) Con respecto a los hongos genitales:</p> <ol style="list-style-type: none"> Solo se adquiere por contacto sexual. Solo afecta a personas de alto nivel socioeconómico. Los malos hábitos higiénicos predisponen a la infección por hongos. Solo afecta a las personas de bajos recursos económicos. 	<p>9) En relación al ciclo menstrual:</p> <ol style="list-style-type: none"> En este proceso el útero se prepara para el embarazo. La sangre proviene del cerebro. Es normal que la menstruación sea de color verde y huela mal. <p>Nunca aparecen síntomas antes de que llegue el periodo.</p>
<p>5) En la infección vaginal producida por una bacteria (vaginosis bacteriana):</p> <ol style="list-style-type: none"> Produce flujo blanquecino con olor a pescado. No produce picazón en región genital. Cursa con enrojecimiento de la vagina sin flujo. <p>Ninguna de las anteriores es correcta.</p>	<p>10) En el ciclo menstrual:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cuando el ciclo es irregular la mujer tiene mayor riesgo de quedar embarazada. El ciclo menstrual se afecta con los anticonceptivos orales. El ciclo se ve afectado con el uso del condón. <p>No depende de elementos hormonales.</p>

<p>11) ¿Qué es el embarazo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es un período de tiempo que transcurre entre la fecundación del espermatozoide por parte del ovulo y la muerte del bebe. 2. Es un período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. 3. Se produce cuando el semen es depositado en la vagina durante la relación sexual. <p>Las opciones 1 y 2 son verdaderas.</p>	<p>16) Las pastillas anticonceptivas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actúan evitando la ovulación. 2. Las consumen hombres y mujeres. 3. Protegen contra las infecciones de transmisión sexual. <p>No son efectivas para evitar el embarazo.</p>
<p>12) ¿Cuál de estos signos son indicativos de embarazo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento de las mamas. 2. Ausencia de periodo menstrual. 3. Vómitos matutinos. 4. Todas las anteriores. 	<p>17) En relación al condón:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sólo lo usan los hombres. 2. Su uso es 100% confiable para evitar el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. 3. Protege contra el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. <p>Actúa evitando la producción de espermatozoides.</p>
<p>13) Considera usted que existe riesgo de embarazo cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El hombre se quita antes de eyacular. 2. Cuando se toma anticonceptivo. 3. Cuando usa preservativo. <p>Ninguna de las anteriores.</p>	<p>18) El coitus interruptus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es el método más eficaz para evitar el embarazo. 2. Protege en contra de las infecciones de transmisión sexual. 3. Permite que el hombre eyacule dentro de la vagina. <p>Consiste en que el hombre eyacule por fuera de la vagina.</p>
<p>14)Cuál de estos factores, aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo (Complicado):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad menor a 15 años o mayor a 35 años. 2. Embarazo anterior no complicado. 3. Alimentación sana, no fumar ni tomar alcohol. <p>Las opciones 1 y 2 son verdaderas</p>	<p>19) Con respecto a los métodos anticonceptivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las pastillas anticonceptivas son un método de barrera. 2. Las pastillas son 60% seguras para evitar el embarazo. 3. Es recomendable utilizar más de un método anticonceptivo al mantener relaciones sexuales. <p>El método del ritmo es el más confiable a la hora de evitar el embarazo.</p>
<p>15) Durante el embarazo la mujer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiene prohibido tener relaciones sexuales. 2. Debe llevar un control del embarazo, consultando a un obstetra periódicamente. 3. Puede consumir drogas, si así lo quiere. <p>No tiene necesidad de tomar vitaminas, hierro y calcio.</p>	<p>) Los métodos anticonceptivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es recomendable el uso de pastillas anticonceptivas por el resto de la vida. 2. El uso del condón nunca trae reacciones alérgicas al genital. 3. Las pastillas anticonceptivas traen efectos adversos y beneficiosos a la salud de la mujer. <p>El aparato (DIU) no trae ningún riesgo a infección.</p>

PARTE III. ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES.

INSTRUCCIONES: Marque con una X la respuesta que corresponda a tu caso.	DEFINITIVAMENTE SI 1	PROBABLEMENTE SI 2	INDECISO 3	PROBABLEMENTE NO 4	DEFINITIVAMENTE NO 5
1.- ¿Acudirías al médico como primera opción de sospechar que tienes alguna enfermedad de transmisión sexual?					
2.- De saber que tu pareja tiene alguna enfermedad de transmisión sexual, ¿Tendrías relaciones con ella?					
3.- ¿Serías capaz de tener más de 2 parejas al año?					
4.- ¿Le harías saber a tu pareja si tienes alguna enfermedad de transmisión sexual y así evitar el contagio?					
5.- ¿Usarías métodos anticonceptivos en todas tus relaciones sexuales?					
6.- Si tu religión te prohibiera usar métodos anticonceptivos, ¿Los usarías para protegerte?					
7.- Si tú o tu pareja quedara embarazada y conociendo las complicaciones que trae a tu edad, ¿Interrumpirías el embarazo?					
8.- ¿Continuarías tus estudios de quedar embarazada tu o tu pareja?					
9.- De sospechar que estas embarazada, ¿Recurrirías de inmediato al médico?					
10.- De estar embarazada, ¿Acudirías al médico periódicamente?					

Parte IV

Responde las siguientes preguntas según corresponda a tu caso.

1. ¿Has tenido relaciones sexuales? 1. Si 2.No

2. ¿A qué edad iniciaste las relaciones sexuales? _____

3. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido a lo largo de tu vida? _____

4. ¿Usas métodos anticonceptivos? 1. Si 2.No

5. ¿Qué método anticonceptivo usas?

1) Coito interrumpido
(sacar el pene antes
de eyacular

2) Píldoras
anticonceptivas
3) DIU
4) Condones

5) Métodos naturales
6) Ninguno
7) Otro _____

Anexo 4 programa sexualidad

Carta descriptiva sesión 1: conceptos básicos: sexo sexualidad y género

Objetivo: Identificar las diferencias entre los conceptos sexo, género y sexualidad.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS	COSTOS
Exposición	-Se exponen los conceptos: sexo, sexualidad y género. (Ver anexo 4.1).	10 minutos	Humanos: 1 Educador para la salud.	
Diferenciando conceptos.	-Se colocan en la pared o pintaron una silueta de hombre y otra de mujer. (Ver anexo 4.1.1).		Materiales: Siluetas Letreros (hojas de colores) Marcadores.	\$5.00
	-Se forman equipos y a cada uno se le reparte cierta cantidad de letreros con características, actividades, atributos o emociones que distingan a hombres y mujeres (ver anexo 3).	20 minutos		
	-Cada equipo debe discutir cuales características le corresponden a los hombres y cuales a la mujer y pegar los letreros en la silueta correspondiente y justificar por que las colocaron en ese lugar.	20 minutos		

Carta descriptiva sesión 2: anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino.

Objetivo: conocer e identificar los órganos sexuales masculinos y femeninos y su función de cada uno.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS	COSTOS
Exposición	-El educador para la salud expone la anatomía y fisiología de los genitales masculinos y femeninos (ver anexo 4.2.).	15 minutos	Humanos: 1 Educador para la salud.	
	-Se colocan en la pared dos dibujos, uno del aparato reproductor masculino y uno del femenino sin nombres (ver anexo 4.2.1).		Materiales: Dibujos del aparato reproductor masculino y femenino sin nombres. Tarjetas con el nombre de los órganos genitales (hojas de colores).	\$20.00
¡Conoce tu cuerpo!	-El educador para la salud escogerá al azar a los participantes, a cada uno de los participantes se les dará una tarjeta con el nombre de un órgano genital que deberán colocar en el dibujo y parte correspondiente.	20 minutos	Marcadores.	
	-Después de colocar la tarjeta en el dibujo, el participante comentara cual es la función del órgano según el que le haya tocado.	15 minutos		

Carta descriptiva sesión 3: mitos y realidades de la sexualidad

Objetivo: Identificar cuales son los mitos, tabúes y realidades que tienen los adolescentes sobre temas de sexualidad.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS	COSTOS
100 adolescentes dijeron	<p>-El educador para la salud formara dos equipos, un integrante de cada equipo se pondrá de frente.</p> <p>-El educador para la salud dirá un enunciado (ver anexo 3) y quien apriete primero el botón contestara falso o cierto según corresponda el enunciado. Los participantes tienen que justificar su respuesta.</p> <p>Después el educador para la salud dará la respuesta correcta.</p>	5 minutos 45 minutos	<p>Humanos: 1 educador para la salud</p> <p>Materiales: -Cañon, - diapositivas en power ponit para el concurso -una bola de unicel roja partida a la mitad.</p>	

Carta descriptiva sesión 4: vinculación afectiva e inicio de las relaciones sexuales

Objetivo: Reflexionar sobre la importancia de los vínculos afectivos y el inicio de relaciones sexuales durante la adolescencia.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS	COSTOS
¿Enamoramiento, amor o curiosidad el porqué de las relaciones sexuales?	-El educador para la salud formara 5 equipos les dará 1 historia de caso a cada equipo (ver anexo 4).	3 minutos	Humanos: 1 educador para la salud	\$3.00
	-El equipo analizará la historia correspondiente y contestaran las preguntas.	15 minutos	Materiales: Fotocopias	
	El educador para la salud hará hincapié en la importancia que tiene la autoestima y el auto adolescentes y como estos influyen en las decisiones de los adolescentes.	12 minutos		
	-Para finalizar 3 integrantes de cada equipo escogidos al azar darán su opinión de los casos leídos.	20 minutos		

Carta descriptiva sesión 5: ciclo menstrual, fecundación y embarazo

Objetivo: conocer el proceso del ciclo menstrual y la fecundación, identificar los factores de riesgo que predisponen para un embarazo adolescente.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS	COSTOS
¿Por qué es importante el ciclo menstrual?	-El educador para la salud explicara el ciclo menstrual y el proceso de fecundación (ver anexo 4.5) por medio de imágenes en diapositivas.	15 minutos	Humanos: 1 educador para la salud	
El sketch!!!	-El educador para la salud formara 5 equipos al azar, a cada equipo proporcionara un papelito con un caso diferente (caso de embarazo adolescente y deserción escolar, embarazo adolescente con apoyo de la pareja y familia, caso de embarazo adolescente con madre soltera, caso de embarazo adolescente con aborto y caso de embarazo adolescente con aborto y muerte).	5 minutos	Materiales: Cañon Presentación power point Hojas blancas	en \$10.00
	-Cada equipo tendrá 5 minutos para organizarse y pasara frente al grupo a presentar su sociodrama	40 minutos		
	-Después se analizara cada caso y todos los equipos darán su comentario.	5 minutos		

Carta descriptiva sesión 6: consecuencias del embarazo adolescente y aborto

Objetivo: sensibilizar a los adolescentes sobre las consecuencias que trae consigo el embarazarse a temprana edad.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS	COSTOS
Cinedebate!!!	-El educador para la salud proyectara la película mexicana llamada "punto y aparte", (ver) pedirá a los alumnos tomar nota acerca de la película.	60 minutos	Humanos: 1 educador para la salud	
	-Al terminar la película se hara un debate acerca del aborto, donde los adolescentes discutirán sus puntos de vista y opiniones.	10 minutos	Materiales Proyector Película "punto y aparte" Hojas blancas	\$5.00

Carta descriptiva sesión 7: Infecciones de transmisión sexual

Objetivo: sensibilizar a los adolescentes acerca de las ITS y su modo de contagio.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS	COSTOS
La fiesta!!!	-El educador para la salud repartirá una hoja a cada participante, en 5 hojas llevara en la parte inferior izquierda la letra C que significa condón.	2 minutos	Humanos: 1 educador para la salud	
	-El educador para la salud les pedirá a los participantes que se levanten de su lugar y junten firmas de sus compañeros de clase.	5 minutos	Materiales: -Hojas de color y blancas -Plumas y colores -Cañón -diapositivas power ponit	\$10.00
	-Posteriormente se les pedirá que cuenten sus firmas y que el número de firmas significa el número de personas con las que tuvieron relaciones sexuales y las hojas con la letra C no están contagiadas por que se previnieron.	10 minutos		
Informando acerca de las ITS¡!¡	-El educador para la salud hará una exposición acerca de las ITS más comunes, el modo de contagio, signos y síntomas.	35 minutos		

Carta descriptiva sesión 8: cultura preventiva (métodos anticonceptivos)

Objetivo: conocer los métodos anticonceptivos e identificar las ventajas y desventajas de los mismos.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS	COSTOS
Exposición “cuadro comparativo”	-El educador para la salud dará la explicación de los métodos anticonceptivos mediante un cuadro comparativo con las ventajas y desventajas, de los métodos anticonceptivos, así como el uso correcto de cada uno (ver anexo 8 y anexo 8.1)	40 minutos	Humanos: 1 educador para la salud	
Colocando el condón	-El educador para la salud escogerá 3 hombres al azar para que coloquen el condón femenino y 3 mujeres al azar para que coloquen el condón masculino.	15 minutos	Materiales: Presentación en power point Maqueta de métodos anticonceptivos 3 condones masculinos 1 condón femenino	\$100.00

Carta descriptiva sesión 9: toma de decisiones

Objetivo: conocer las metas de los adolescentes y planear un proyecto de vida a futuro.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS	COSTOS
Si para mi, no para mi!!	-El educador para la salud pegará 2 letreros (los letreros deben estar separados a un metro de distancia) en el piso uno con la oración ¡si para mi! y otro que diga ¡no para mi!	5 minutos	Humanos: 1 educador para la salud	\$10.00
	-El educador para la salud formará a los adolescentes en una fila en medio de los 2 letreros.	5 minutos	Materiales: -2 letreros hechos en cartulina -marcadores de colores	
	-Posteriormente el educador para la salud, mencionara oraciones que tienen que ver con las actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes; de acuerdo a las oraciones el adolescente se moverá y formará en el letrero que corresponda según la oración (el adolescente debe justificar el porque de su respuesta).	40 minutos		
	Las oraciones son:			
	-Si mi pareja me obliga a tener relaciones sexuales con el ¿lo hago?			
	-Al tener relaciones sexuales con mi novio(a) quede (o) embarazada ¿tenemos al bebe?			
	-si yo o mi pareja quedo (a) embarazada me caso??			
	-discriminó a las personas que tienen otra identidad sexual			
	-discriminó a las personas con VIH o alguna otra ITS			
	-¿tendría relaciones sexuales con protección?			

Carta descriptiva sesión 9.1: toma de decisiones (plan de vida)

Objetivo: sensibilizar a los adolescentes sobre las consecuencias que trae consigo el embarazarse a temprana edad.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS	COSTOS
	-El educador para la salud pedirá que elaboren un plan de vida: metas a corto, mediano y largo plazo.	10 minutos	Humanos: 1 educador para la salud	
¿Qué caminos tomar?	-Posteriormente se escogen 3 alumnos al azar, comentarán su proyecto de vida con el salón de clase.	20 minutos	Materiales Hojas de colores y blancas	\$5.00
Cierre del programa	-Para finalizar se dará el cierre del programa se les pedirá a los alumnos que comenten acerca del programa ¿Qué les gusto? Que no les gusto? ¿Les sirvió el programa para su formación académica y personal? ¿Qué cambiarían? ¿Qué sugerencias aportan para mejorar el programa?	20 minutos		

Anexo 4.1. Carta descriptiva 1

Conceptos básicos: sexo, género y sexualidad

Existen muchas confusiones en lo que es sexo y genero por eso definiremos cada concepto para identificar las diferencias y similitudes de cada uno de ellos.

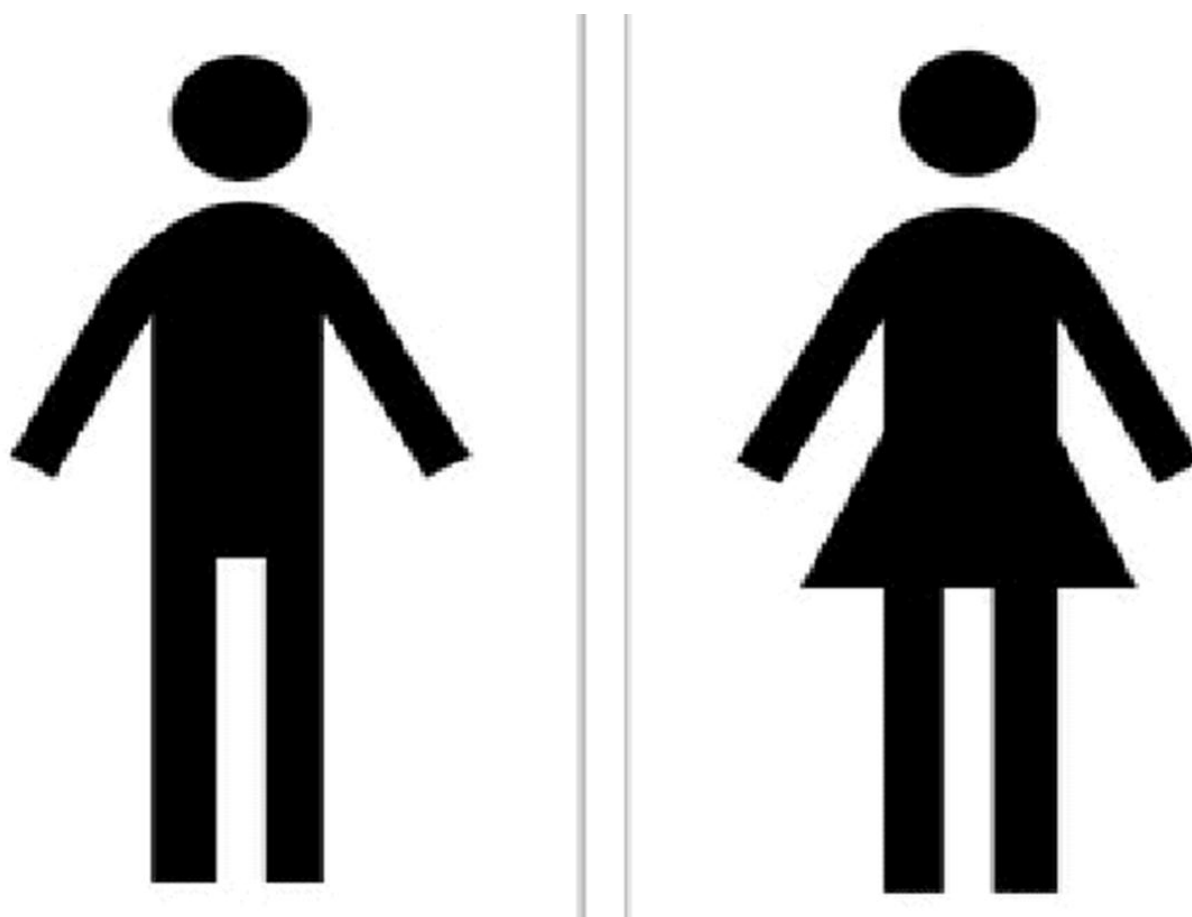
Salud sexual. Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social (Gobierno del Estado de México, 2010).

Sexo. El término sexo se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos (Gobierno del Estado de México, 2010).

Sexualidad. Es el término que se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basado en el sexo, incluye el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos religiosos y espirituales (Gobierno del Estado de México, 2010).

Género. El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer (Gobierno del Estado de México, 2010).

Anexo 4.1.1. Carta descriptiva 1



Anexo 4.1.2. Carta descriptiva 1

Decisión	Gestar	Frivolidad
Embarazarse	Vagina	Llorar
Lavar platos	Pene	Delgadez
Fuerza	Valiente	Buen cuerpo
Eyacular	Lavar autos	Pelo largo
Belleza	Productividad	Amabilidad
Parir	Racionalidad	Creatividad
Ovular	Iniciativa	Inseguridad
Cocinar	Sexualidad	Timidez
Sensibilidad	Liderazgo	Fidelidad
Ternura	Libertad	Vanidad
Lavar la ropa	Autoridad	Voluble
Inteligencia	Cambiar una llanta	Debilidad
Amamantar	Audacia	Depresión
Proveer	Violencia	Conformismo
Producción de espermatozoides	Mal carácter	Sumisión
	Cargar peso	Abnegación

Anexo 4.2. Carta descriptiva 2

El aparato reproductor masculino es junto con el femenino, el encargado de garantizar la procreación, es decir la formación de nuevos individuos para lograr la supervivencia de la especie.

Los principales órganos que forman el aparato reproductor masculino son: el pene y los testículos.

Tanto el pene como los testículos son órganos externos que se encuentran fuera de la cavidad abdominal, a diferencia de los principales órganos del sistema reproductor femenino, vagina, ovarios y útero que son órganos internos por encontrarse dentro del abdomen.

Los testículos producen espermatozoides y liberan a la sangre hormonas sexuales masculinas (testosterona). Un sistema de conductos que incluyen el epidídimo y los conductos deferentes almacenan los espermatozoides y los conducen al exterior a través del pene. En el transcurso de las relaciones sexuales se produce la eyaculación que consiste en la liberación en la vagina de la mujer del líquido seminal o semen. El semen está compuesto por los espermatozoides producidos por el testículo y diversas secreciones de las glándulas sexuales accesorias que son la próstata y las glándulas bulbouretrales.

Órganos

Testículos

Son los principales órganos del sistema reproductor masculino. Produce las células espermáticas y las hormonas sexuales masculinas. Se encuentran alojados en el escroto o saco escrotal que es un conjunto de envolturas que cubre y aloja a los testículos en el varón.

Pene

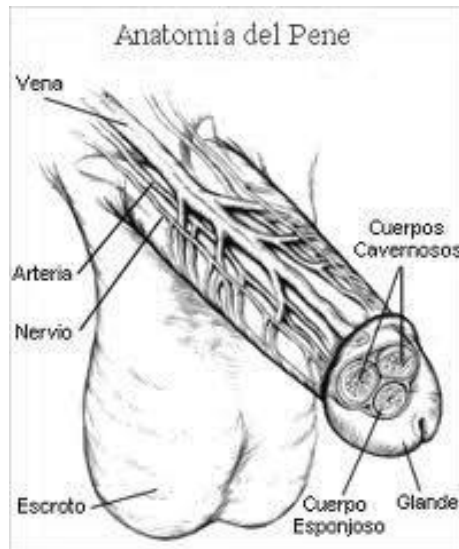
Está formado por el cuerpo esponjoso y los cuerpos cavernosos.

El cuerpo esponjoso es la más pequeña de las tres columnas de tejido eréctil que se encuentran en el interior del pene (las otras dos son los cuerpos cavernosos). Está ubicado en la parte inferior del miembro viril. El glande es la última porción y la parte más ancha del cuerpo esponjoso; presenta una forma cónica.

Su función es la de evitar que, durante la erección se comprima la uretra (conducto por el cual son expulsados tanto el semen como la orina).

- Cuerpo cavernoso

Los cuerpos cavernosos constituyen un par de columnas de tejido eréctil situadas en la parte superior del pene, que se llenan de sangre durante las erecciones.



Epidídimo

Está constituido por la reunión y apilotonamiento de los conductos seminíferos. Se distingue una cabeza, cuerpo y cola que continúa con el conducto deferente. Tiene aproximadamente 5 cm de longitud por 12 mm de ancho. Está presente en todos los mamíferos machos.

Conducto deferente

Los conductos deferentes son un par de conductos rodeados de músculo liso, cada uno de 30 cm de largo aproximadamente, que conectan el epidídimo con los conductos eyaculatorios, intermediando el recorrido del semen entre éstos.

Durante la eyaculación, el músculo liso de los conductos se contrae, impulsando el semen hacia los conductos eyaculatorios y luego a la uretra, desde donde es expulsado al exterior. La vasectomía es un método de anticoncepción en el cual los conductos deferentes son cortados.

Vesículas seminales

Secretan un líquido alcalino viscoso que neutraliza el ambiente ácido de la uretra. En condiciones normales el líquido contribuye alrededor del 60% del semen. Las vesículas o glándulas seminales son unas glándulas productoras de aproximadamente el 3% del volumen del líquido seminal situadas en la excavación pélvica. Detrás de la vejiga urinaria, delante del recto e inmediatamente por encima de la base de la próstata, con la que están unidas por su extremo inferior.

Conducto eyaculador

Los conductos eyaculatorios constituyen parte de la anatomía masculina; cada varón tiene dos de ellos. Comienzan al final de los vasos deferentes y terminan en la uretra. Durante la eyaculación, el semen pasa a través de estos conductos y es posteriormente expulsado del cuerpo a través del pene.

Próstata

La próstata es un órgano glandular del aparato genitourinario, exclusivo de los hombres, con forma de castaña, localizada enfrente del recto, debajo y a la salida de la vejiga urinaria. Contiene células que producen parte del líquido seminal que protege y nutre a los espermatozoides contenidos en el semen.

Uretra

La uretra es el conducto por el que discurre la orina desde la vejiga urinaria hasta el exterior del cuerpo durante la micción. La función de la uretra es excretora en ambos sexos y también cumple una función reproductiva en el hombre al permitir el paso del semen desde las vesículas seminales que abocan a la próstata hasta el exterior.

Glándulas bulbouretrales

Las glándulas bulbouretrales, también conocidas como glándulas de Cowper, son dos glándulas que se encuentran debajo de la próstata. Su función es secretar un líquido alcalino que lubrica y neutraliza la acidez de la uretra antes del paso del semen en la eyaculación. Este líquido puede contener espermatozoides (generalmente arrastrados), por lo cual la práctica de retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación no es un método anticonceptivo efectivo.

Anatomía y fisiología de los órganos sexuales femeninos.

El aparato reproductor femenino es el sistema sexual femenino. Junto con el masculino, es uno de los encargados de garantizar la reproducción humana. Ambos se componen de las gónadas (órganos sexuales donde se forman los gametos y producen las hormonas sexuales), las vías genitales y los genitales externos.

Partes del aparato reproductor femenino



Órganos internos

Ovarios: son los órganos productores de gametos femeninos u ovocitos, de tamaño variado

Según la cavidad, y la edad; a diferencia de los testículos, están situados en la cavidad abdominal. El proceso de formación de los óvulos, o gametos femeninos, se llama ovulogénesis

y se realiza en unas cavidades o folículos cuyas paredes están cubiertas de células que protegen y nutren el óvulo. Cada folículo contiene un solo óvulo, que madura cada 28 días, aproximadamente. La ovulogénesis es periódica, a diferencia de la espermatogénesis, que es continua.

Los ovarios también producen estrógenos y progesteronas, hormonas que regulan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, como la aparición de vello o el desarrollo de las mamas, y preparan el organismo para un posible embarazo.

Trompas de Falopio: conductos de entre 10 a 13 cm que comunican los ovarios con el útero y tienen como función llevar el óvulo hasta él para que se produzca la fecundación. En raras ocasiones el embrión se puede desarrollar en una de las trompas, produciéndose un embarazo ectópico. El orificio de apertura de la trompa al útero se llama ostium tubárico.

Útero: órgano hueco y musculoso en el que se desarrollará el feto. La pared interior del útero

Es el endometrio, el cual presenta cambios cíclicos mensuales relacionados con el efecto de hormonas producidas en el ovario, los estrógenos. El útero o matriz es el órgano donde se implanta el óvulo fecundado, allí recibe protección y sustento durante los nueve meses que tarda en desarrollarse como un nuevo ser humano. El útero está situado detrás de la vejiga urinaria; en una mujer no embarazada tiene la forma y el tamaño de una pera invertida; mide, aproximadamente, 8 cm de largo y 5 de ancho en la parte superior, que constituye el cuerpo uterino; el extremo inferior, más angosto, se llama cuello y conduce a la vagina.

Vagina: es el canal que comunica con el exterior, conducto por donde entrarán los espermatozoides. Su función es recibir el pene durante el coito y dar salida al bebé durante el parto. Es un conducto de 10 a 15 cm de largo que comunica el útero con el exterior. Este órgano, sumamente elástico, sirve de receptáculo al pene y a los espermatozoides y constituyen la vía de salida del bebé cuando nace. Las paredes de la vagina, formadas por músculo y tejido conjuntivo fibroelástico, están normalmente plegadas hacia adentro, pero pueden distenderse dejando un espacio interno de 10 cm o más de diámetro, lo suficientemente amplio para dar paso a un bebé.

La secreción de las glándulas de Bartholin, que están situadas a uno y otros lados de la abertura vaginal, y el moco que produce el cuello del útero mantienen húmedos los genitales externos y la vagina. Cada mes, durante la ovulación, estas secreciones aumentan y se hacen más fluidas, lo que ayuda a los espermatozoides a desplazarse a través de la vagina y del útero para alcanzar las trompas de Falopio, que es donde se efectúa la fecundación. Durante el resto del ciclo, el moco es más denso y difícil de penetrar.

La vagina se encuentra por detrás de la vejiga urinaria y de la uretra, delante del recto. Al nacer, la abertura externa está total o parcialmente cubierta por una delgada membrana mucosa, el himen, que termina rompiéndose durante la primera relación sexual e incluso antes, al hacer ejercicio o cualquier otra actividad más o menos enérgica.

La irrigación sanguínea de los genitales internos está dada fundamentalmente por la arteria uterina, rama de la arteria hipogástrica y la arteria ovárica, rama de la aorta. La inervación está dada por fibras simpáticas del plexo celíaco y por fibras parasimpáticas provenientes del nervio pélvico



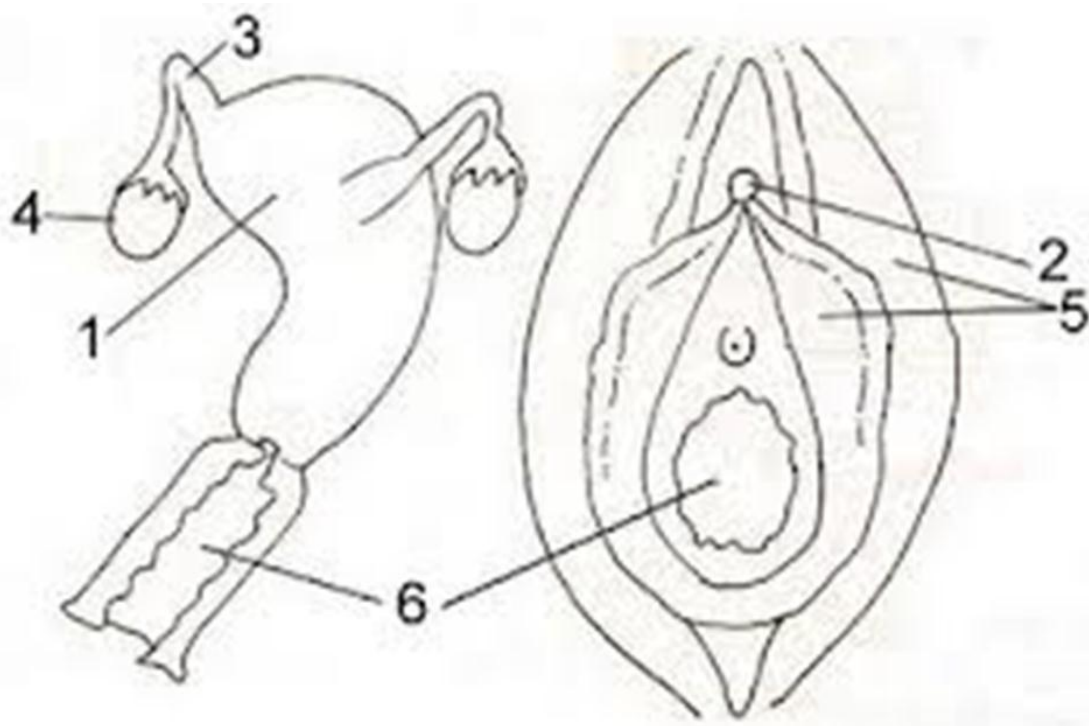
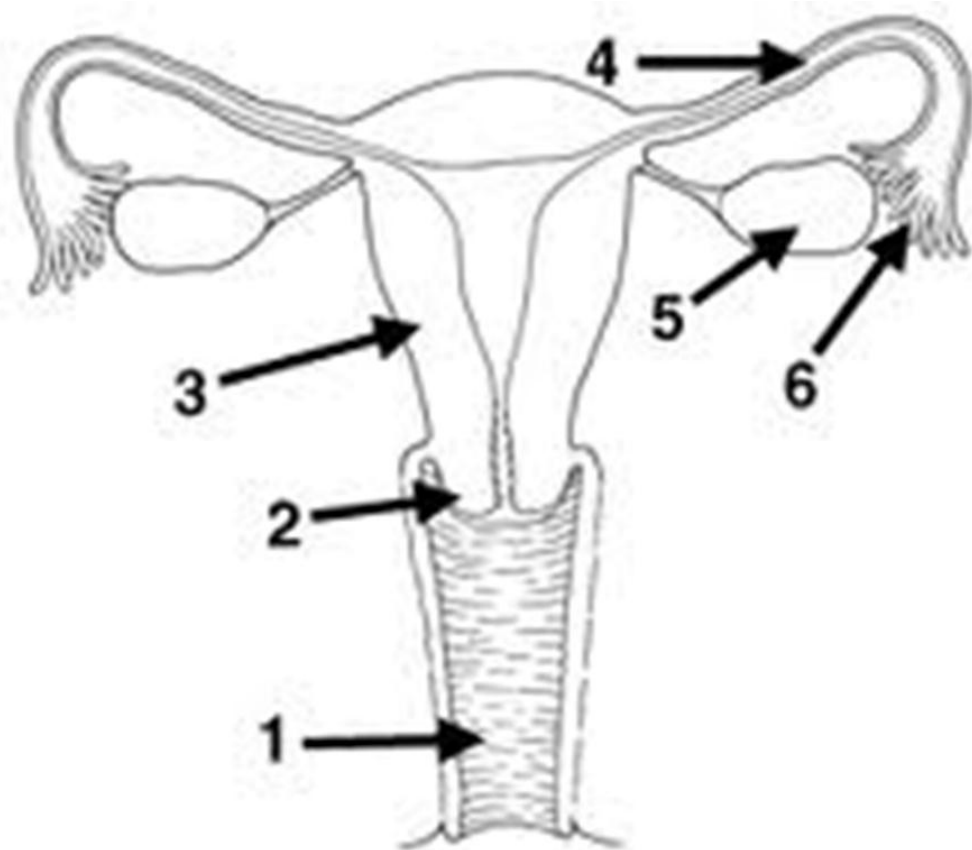
Órganos externos

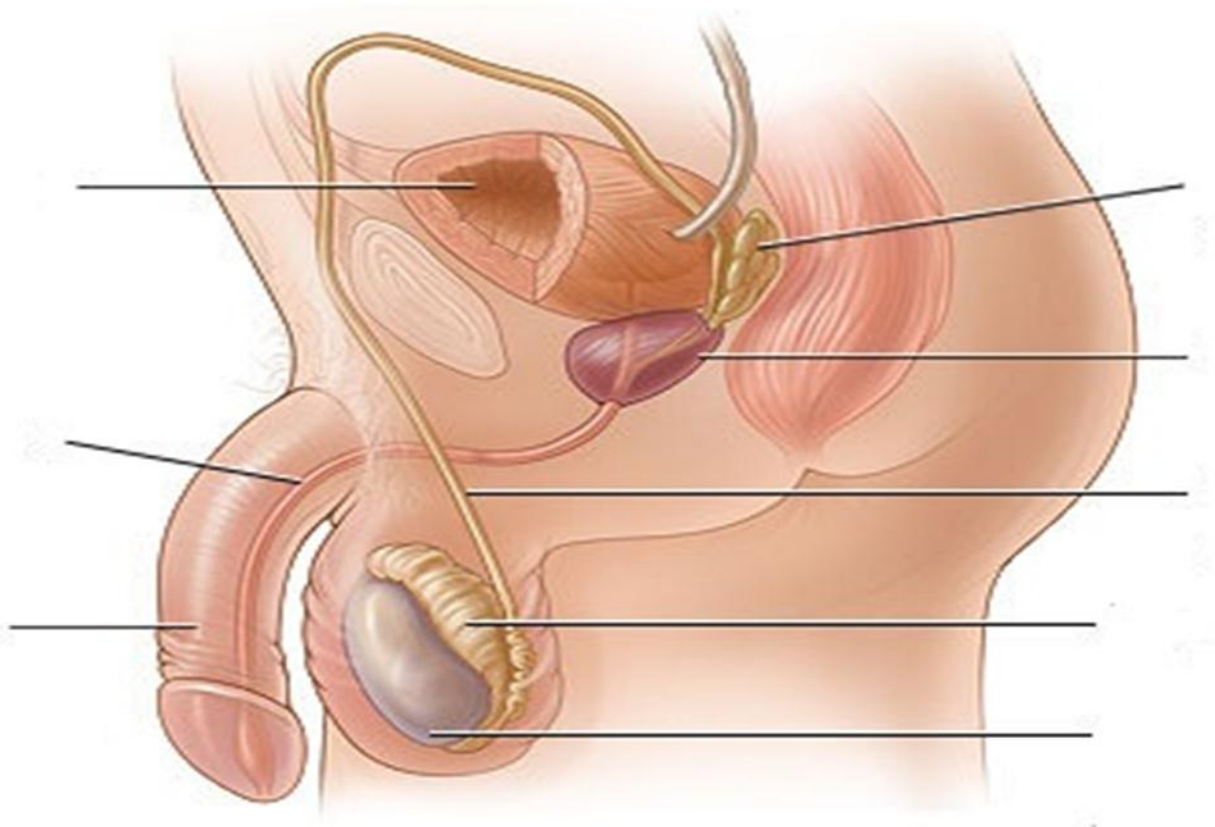
En conjunto se conocen como la vulva y están compuestos por:

- Clítoris: Órgano eréctil y altamente erógeno de la mujer y se considera homólogo al pene masculino, concretamente al glande.
- Labios: En número de dos a cada lado, los labios mayores y los labios menores, pliegues de pieles salientes, de tamaño variables, constituidas por glándulas sebáceas y sudoríparas e innervadas.
- Monte de Venus: Una almohadilla adiposa en la cara anterior de la sínfisis púbica, cubierto de vello púbico y provista de glándulas sebáceas y sudoríparas.
- Vestíbulo vulvar: Un área en forma de almendra perforado por seis orificios, el meato de la uretra, el orificio vaginal, las glándulas de Bartolino y las glándulas parauretrales de Skene.

La forma y apariencia de los órganos sexuales femeninos varía considerablemente de una mujer a otra.

Anexo 4.2.1. Carta descriptiva 2





Anexo 4.3. Carta descriptiva 3

“Si tomo anticonceptivo de emergencia me protejo durante todo el mes”.

Falso: los anticonceptivos de emergencia no son un método cotidiano de control de la natalidad, porque son menos efectivos en la prevención de embarazos. No es para uso rutinario es sólo para casos de emergencia, y lo ideal es consultar con un profesional de la salud para recibir una asesoría previa a su uso, debido a los efectos secundarios que puede producir (Marfan, 2000).

“El coito interrumpido previene el embarazo”.

Falso: antes de la eyaculación el pene expulsa un líquido lubricante que contiene espermatozoides, y basta solo un espermatozoide fecundado en el óvulo para llevar a cabo un embarazo.

“Es mejor usar doble condón porque protege más”.

Falso: usar doble condón provoca que se rompan con más facilidad debido al roce entre ambos. La mejor combinación es usar un condón de buen látex, junto a un espermicida.

“ La mujer nunca queda embarazada en la primera relación sexual”

Mito: este es uno de los mitos más comunes y perniciosos que lleva a los adolescentes a cometer muchos errores. Si durante la relación sexual la mujer está fértil, puede producirse el embarazo sin importar que sea la primera, la segunda o la última relación sexual.

“El tener relaciones sexuales de pie impide el embarazo”

Mito: este es otro mito frecuente. La posición en que se tenga la relación sexual no afecta las posibilidades de no embarazarse. Basta que la mujer esté en su período fértil para que la posibilidad de embarazarse si tiene relaciones sexuales esté presente.

“Los varones, para ser más hombres, necesitan tener muchas relaciones sexuales”

Mito: la hombría no está dada por la cantidad de veces que se ha acostado con una mujer, ni por la cantidad de mujeres que tenga “disponible”. La hombría se mide por la responsabilidad y respeto con que el hombre vive su sexualidad, reconociendo en ella un valor y logrando una actitud de cuidado y valoración de ella. Un “verdadero hombre” es quien es capaz de respetar a la mujer y respetarse a sí mismo entendiendo la relación sexual como un acto de intimidad, amor y respeto mutuo.

“A las mujeres que han tenido relaciones sexuales se les arquean las piernas”

Mito: el haber tenido relaciones sexuales no provoca ningún cambio físico en la mujer, ni en el hombre. Por lo tanto no es posible “saber” si una mujer ha tenido o no relaciones sexuales a través de su estructura física.

“Los hombres pueden expresar sus emociones y afectos frente a los demás”

Realidad: los hombres no sólo tienen el derecho, sino que son capaces de expresar y manifestar sus emociones y afectos con naturalidad. Ellos, al igual que las mujeres, tienen la capacidad de ser sensibles y afectuosos. Muchas veces ellos reciben mensajes de la familia, la escuela, los medios de comunicación, que les impiden desarrollar esta capacidad. Es necesario superar estos mensajes para poder desarrollar todas las capacidades que tienen como seres humanos.

“El lavado vaginal después de la relación sexual es un método eficaz para evitar el embarazo”

Mito: el lavarse después de haber tenido relaciones sexuales o el tomar agüitas de hierba, no evita la posibilidad de que ocurra un embarazo. Los métodos efectivos para evitar el embarazo se basan en datos y técnicas científicamente probadas y que la pareja debe conocer antes de tener la relación sexual.

“Cuidarse “por las fechas” (método del calendario) no es recomendable para evitar el embarazo”

Realidad: dado que la mujer puede tener ciclos más largos o más cortos, el cuidarse por las fechas se considera muy arriesgado pues ella no puede anticipar si su ciclo va a ser regular y exacto de 28 días. Cualquier variación en él, echa por tierra todos los cálculos de fechas que se hayan podido hacer.

“Durante la menstruación la mujer no debe practicar deportes, o lavarse el pelo, porque si lo hace se le puede cortar la regla”

Mito: durante su menstruación, o regla, la mujer puede realizar todas las actividades que desee en forma normal y natural. Los cuidados que ella deberá tener tienen que ver con mantener su higiene personal, por lo que el bañarse, lavarse el pelo, etc. Durante la regla son acciones recomendadas. Sólo en caso de que sienta molestias específicas, puede disminuir la actividad deportiva y tomar algún analgésico.

“La falta de himen en la mujer es la prueba de que ella ya no es virgen”

Mito: el himen es una membrana muy delgada y frágil que se encuentra a la entrada de la vagina de la mujer. El que una mujer no lo tenga o se le haya perforado no es un signo de que ella ya haya tenido relaciones sexuales. Un ejercicio físico, una maniobra brusca o un accidente pueden hacer que se rompa; también hay mujeres que tienen el himen perforado desde su nacimiento y nunca han tenido relaciones sexuales. La mujer debe valorar y cuidar su sexualidad más allá de los mitos que existan en torno a ella.

“Si la mujer no sangra en su primera relación sexual, quiere decir que no es virgen”

Mito: el sangrado durante la primera relación sexual tampoco es un signo de virginidad. Si ha habido una buena estimulación y lubricación vaginal en los momentos previos a la penetración, no tendría por qué haber sangrado ni dolor de ningún tipo. Esto podría llegar a ocurrir cuando no ha habido una buena preparación y estimulación, produciéndose algún tipo de sangrado o dolor producto del roce o de la tensión con que se esté viviendo la relación sexual.

“El embarazo precoz afecta la posibilidad de los adolescentes de mejorar sus condiciones educativa, económica y social”

Realidad: está comprobado que un embarazo durante la adolescencia afecta las posibilidades de que la mujer, y el varón cuando lo asume, logre desarrollar todas sus potencialidades en el ámbito de lo educativo, del desarrollo social y su capacidad para lograr la independencia económica.

“Es común que durante la adolescencia se acceda a “dar la prueba de amor”, por miedo a ser abandonados por la pareja”

Realidad: con frecuencia los adolescentes declaran haber tenido relaciones sexuales porque “*si no lo hacía mi pareja me dejaría*”, o bien porque los demás iban a pensar de que no era suficientemente hombre o mujer, o porque todos en el grupo lo han hecho “*y no podía quedarme atrás*”. Todas estas son ideas que lejos de permitir que los adolescentes puedan valorar y vivir su sexualidad de forma integral, los empujan a responder a los miedos y las presiones de otros.

“Todo contacto físico con la pareja lleva necesariamente a la relación sexual”

Mito: el contacto físico es algo esencial entre los seres humanos. Besarse, abrazarse, etc. forman parte de la relación normal de cualquier pareja y no necesariamente es provocador de una relación sexual. La posibilidad de tener una relación sexual está dada por la intención o deseo de uno o ambos miembros de la pareja, cuando se da un ambiente más íntimo que propicia el deseo sexual. Si la pareja es consciente de ello, podrá darse cuenta de cuáles son los momentos, lugares o situaciones en que ellos están más proclives a que se dé la relación sexual, y cuáles no. De esta manera podrán manejar la situación.

“El VIH-SIDA se contagia sólo si se tiene relaciones sexuales con homosexuales o prostitutas”

Mito: cualquier persona que sea portadora del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) lo puede transmitir a otra a través de la relación sexual, a través del intercambio de sangre por medio de una jeringa que contiene sangre de un portador o portadora, a través de la placenta de la madre portadora, etc. La posibilidad de transmitir el virus no tiene que ver ni con la condición social, la situación económica, la orientación sexual u otro; basta que la persona tenga alguna práctica de riesgo para que ello pueda ocurrir.

“A la primera relación sexual sin protección con una persona con VIH no puedo adquirir el virus”

Realidad: se puede adquirir el virus la primera vez que tienes relaciones sexuales sin protección.

“Si tienes relaciones orales no contraes el VIH”

Realidad: El semen y las secreciones vaginales tienen alta concentración de VIH, cualquiera de estos líquidos en contacto con las mucosas, considerando las de la boca o con una herida abierta, son una circunstancia de riesgo.

“Si te pica un zancudo o mosquito que antes ha picado a una persona con VIH te puede transmitir el virus”

Mito: El virus del VIH no puede sobrevivir fuera del cuerpo humano. Por lo tanto el zancudo no puede ser un potencial portador.

“Si compartes el baño y/o una piscina con una persona con VIH puedes adquirir la infección”

Mito: Los únicos modos de transmisión del VIH son por contacto sexual desprotegido, la vía perinatal (madre a hijo) durante el embarazo, el parto o la lactancia, y a través de transfusiones de sangre.

“Una persona puede adquirir el VIH al estar en contacto con el sudor de una persona con VIH”

Mito: El sudor NO es una vía de transmisión del VIH. Es importante recordar además que para que el virus pueda ingresar al organismo requiere de una "puerta de entrada" al torrente sanguíneo, como por ejemplo las mucosas al interior del cuerpo, o una herida abierta sangrando profusamente en contacto con fluidos corporales con alta concentración de VIH. El sudor que secretan las palmas de la mano tampoco constituye riesgo.

Anexo 4.4. Carta descriptiva sesión 4

Personajes:

.Laura 15 años de edad es hija de un matrimonio con nivel socioeconómico alto, su familia es religiosa y no tocan temas de sexualidad en casa, ella nunca ha tenido relaciones sexuales.

-Carlos 16 años de edad tiene 2 hermanos varones mayor que él, es influenciado por sus amigos, inicio su vida sexual a los 14 y hasta la fecha ha tenido 3 parejas sexuales en 2 relaciones sexuales no uso protección

Carlos y Laura son dos jóvenes que estudian, ella cursa ahora el 3° de secundaria y él 1° de preparatoria, se hicieron novios hace tres meses, Laura en este momento se encuentra muy contenta y enamorada de Carlos ya que él es físicamente algo apuesto y simpático. Pasan la mayor parte del mayor tiempo juntos, él va por ella a la escuela y también van juntos al cine, la invita los fines de semana a las fiestas que él y sus amigos organizan pero como ella aún es chica, sus papás no le dan permiso de salir y llegar hasta tarde a su casa.

Carlos siempre se ha mostrado muy respetuoso y educado con Laura, pero en los últimos días que se han visto ha estado pasando algo extraño, parece que Carlos ya no está del todo contento,

pareciera que algo le preocupa ya que se observa algo pensativo la mayor parte del tiempo, y es que sus amigos le han estado insistiendo en que es tiempo de que se acueste con su novia, y parece que se siente presionado ya que todos sus amigos tienen relaciones sexuales con sus novias.

La última vez que vio a Laura le comentó que su relación debía pasar a otro nivel y de que era tiempo de que se conocieran más profundamente y le jura y promete que cada día que pasa se enamora más de ella, y que él necesita saber si ella realmente lo ama.

¿Cuales son los factores de riesgo en la relación de Laura y Carlos?

¿Qué consecuencias físicas-biológicas, sociales, emocionales traerán como consecuencia si tuvieran relaciones sexuales?

¿Cómo te gustaría que fuera tu primera vez?

¿Tendrías relaciones sexuales por presión de tu pareja?

¿Cómo influye la autoestima en esta decisión?

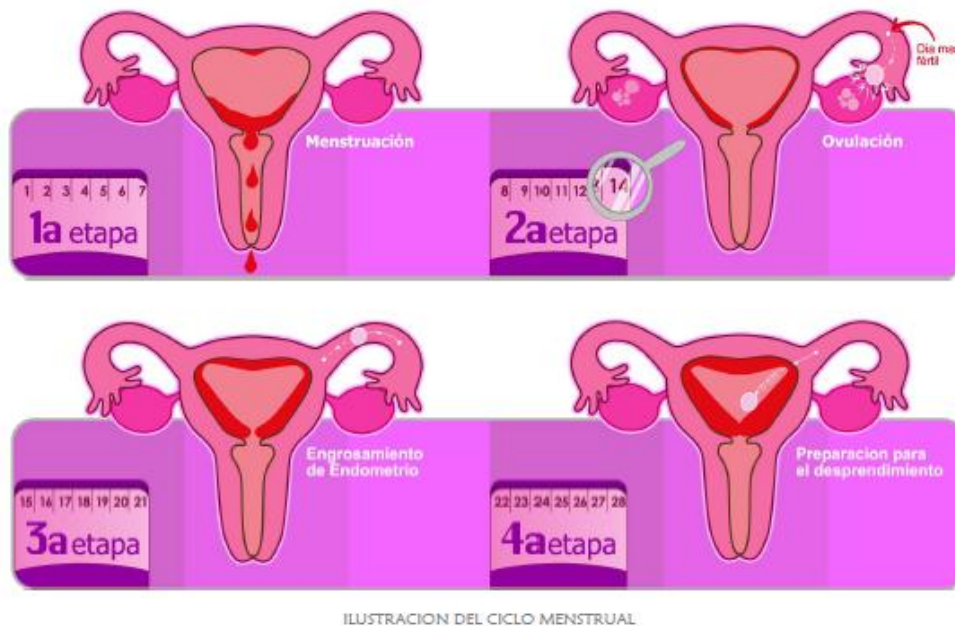
Anexo 4.5. Carta descriptiva sesión 5

Ciclo menstrual. Proceso que involucra todo el cuerpo y es regulado por el hipotálamo y la glándula pituitaria los cuales regulan los niveles de las hormonas femeninas (estrógeno y progesterona), los cuales a su vez regulan este ciclo. De manera general el ciclo es de 28 días, sin embargo puede variar de mujer a mujer. También es posible que la duración de cada ciclo pudiera ser irregular durante los primeros años en que aparece, pero generalmente se regulariza alrededor de los 18 o 20 años de edad. Contrario a lo que se piensa el ciclo menstrual no abarca únicamente el sangrado, sino que engloba cuatro fases durante las cuales se suceden modificaciones hormonales, ováricas y uterinas. Estas modificaciones tienen como finalidad preparar los órganos reproductores para el embarazo. Si la fecundación no tiene lugar, "todo lo preparado" resulta inútil y se elimina con la menstruación.



Menstruación. Es una de las fases del ciclo menstrual, también se conoce como regla o periodo. La menstruación es el flujo de sangre que se desprende del interior del útero cada mes y fluye por el orificio cervical que se abre para dejarlo pasar. Está formada en sus tres cuartas partes de sangre y en menor cantidad de mucosidad segregadas por las glándulas uterinas. Los días de sangrado también varían de mujer a mujer y ésta puede durar entre los 3 y los 8 días. Durante el sangrado la mujer pierde un promedio de 60 ml (2 onzas) entre sangre y tejido endometrial.

Ovulación. Es otra fase del ciclo menstrual que consiste en la liberación de un óvulo por un ovario y la cual sucede a la mitad del ciclo, es decir catorce días antes de que aparezca la siguiente menstruación. Este momento es en el que la mujer se encuentra más fértil. El óvulo podrá ser fecundado hasta 48 horas después de su liberación, ya que pasado este tiempo se volverá incapaz de ser fecundado. Cabe aquí señalar que un espermatozoide es capaz de vivir en el útero hasta 72 horas, periodo durante el cual puede fecundar al óvulo. Es recomendable que toda mujer lleve un registro de su ciclo menstrual.



Fecundación y embarazo.

En el momento en que el espermatozoide y el óvulo se unen se da la concepción o fecundación. Los espermatozoides durante el coito son depositados el fondo de la vagina, desplazándose por la matriz y las trompas de Falopio. Dependiendo del momento del ciclo menstrual, encuentran en el tercio externo de una de ellas, al óvulo listo para ser fecundado.

Después que el óvulo ha sido fecundado empieza a dividirse en células múltiples a medida que desciende por la trompa de Falopio. A esta nueva célula huevo se le llama cigoto; éste llega a la cavidad uterina 4 o 5 días después de la fecundación y se mantiene en libertad durante 2 o 3 días más, hasta su implantación definitiva en la pared del útero. El huevo o cigoto se vuelve un embrión aproximadamente una semana después de la fecundación. Después de la octava semana se le llama feto.

Anexo 4.6. Carta descriptiva sesión 8

MODO DE EMPLEO



Comprueba que no esté caducado. Abre el condón con cuidado de no romperlo con las uñas, dientes o anillos.

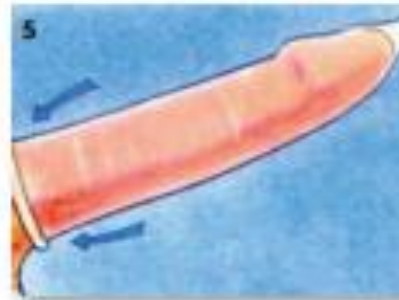
Comprueba que el condón esté del derecho, soplando a través del aro. Si te equivocas, usa uno nuevo.



Pon el condón antes de cualquier contacto y con el pene erecto.

Aprieta con los dedos el depósito para evitar que quede aire en el interior y se rompa durante la relación.

Desenróllalo sobre el pene con el aro hacia fuera.



Quita el condón cuando el pene aún esté erecto y tíralo a la basura, no al suelo ni al water.



Anexo 4.6.1. Carta descriptiva sesión 8

Pasos en el uso correcto del Condón Femenino



Paso 1

Revisar si el preservativo esta vigente y abre el sobre con cuidado, tirando de la punta superior derecha. No usar tijeras, uñas ni dientes, ya que eso puede dañar el condón.

Paso 2

El condón tiene dos anillos. El anillo mas grande se usa para cubrir los genitales externos y el mas pequeño para insertar el condón y mantenerlo en el lugar correcto durante la relación sexual. Se pueden agregar más lubricante para evitar que haga ruido y aumentar la sensibilidad.

Paso 3

elegir posición que sea cómoda para insertar el condón, puede ser agachada, con una pierna levantada, sentada o acostada. Apriete el anillo más pequeño hasta flexionarlo en forma de ocho.

Paso 4

Delicadamente inserte el anillo más pequeño en la vagina, se desliza hacia adentro del condón y empujelo lo máximo posible. El anillo externo debe quedar fuera de la vagina para proteger los genitales exteriores. Ya esta listo para usarse.

FINALMENTE

Para remover el condón gire el anillo externo y jálalo suavemente. Tirelo a la basura, nunca en el baño.

Anexo 4.7 Carta descriptiva sesión 9

