



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM NEZAHUALCÓYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA EL USO CORRECTO DEL
CONDÓN MASCULINO Y FEMENINO, PARA ALUMNOS DE
SECUNDARIA**

TESIS

QUE PRESENTA:

ROCIO REYES RANGEL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ASESOR:

DR. ESTEBAN JAIME CAMACHO RUIZ

NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MEXICO, AGOSTO 2019

Índice

| | Pág. |
|--|------|
| Resumen | 1 |
| Abstrac | 3 |
| Introducción | 5 |
| Capítulo I Planteamiento del problema | 8 |
| 1.1 Pregunta de investigación..... | 8 |
| 1.2 Objetivo general..... | 8 |
| 1.3 Objetivo específico..... | 8 |
| 1.4 Hipótesis alterna..... | 8 |
| 1.5 Hipótesis nula..... | 8 |
| 1.6 Variables dependientes..... | 8 |
| 1.7 Variables independientes..... | 9 |
| 1.8 Definición de variables..... | 9 |
| 1.9 Definición operacional de variables..... | 9 |
| Capítulo II Marco teórico | 11 |
| 2.2 Justificación..... | 11 |
| 2.2 Antecedentes..... | 14 |
| 2.2.1 Historia del condón masculino..... | 18 |
| 2.2.2 Historia del condón femenino..... | 23 |
| 2.3 Epidemiología..... | 24 |
| 2.4 Modelos teóricos..... | 28 |
| 2.5 Definición de términos..... | 31 |
| 2.6 Estado del arte..... | 34 |
| Capítulo III Método | 41 |

| | |
|--|------------|
| 3.1 Muestra..... | 41 |
| 3.2 Instrumento..... | 41 |
| 3.3 Intervenciones..... | 41 |
| 3.4 Procedimiento..... | 42 |
| 3.5 Plan de análisis..... | 42 |
| Capítulo IV Resultados..... | 43 |
| 4.1 Resultados descriptivos..... | 43 |
| 4.2 Resultados inferenciales..... | 49 |
| Capítulo V Discusión..... | 59 |
| Capítulo VI Conclusiones..... | 64 |
| Referencias..... | 68 |
| Anexos..... | 76 |
| Anexo 1 Instrumento..... | 77 |
| Anexo 2 Manual..... | 83 |
| Anexo 3 Consentimiento informado..... | 135 |
| Anexo 4 Asentimiento informado..... | 137 |

Lista de tablas y figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 Distribución de la muestra por grado..... | 43 |
| Figura 2 Distribución de la muestra por grupo intervención-control..... | 43 |
| Figura 3 Distribución de la muestra por edad..... | 44 |
| Figura 4 Distribución de la muestra por sexo..... | 44 |
| Figura 5 Distribución de la muestra por ocupación..... | 45 |
| Figura 6 Distribución de la muestra por estado civil..... | 45 |
| Figura 7 Distribución de la muestra por colonia en donde vives..... | 46 |
| Figura 8 ¿Has tenido novia (o)?..... | 46 |

| | |
|---|----|
| Figura 9 Edad en la que tuviste tu primer novia (o)..... | 47 |
| Figura 10 ¿Hablas de temas de sexualidad con tus padres?..... | 47 |
| Figura 11 ¿Crees que es importante la educación sexual ?..... | 48 |
| Figura 12 ¿Por qué crees que es importante la educación sexual?..... | 49 |
| | |
| Tabla 1 Uso del término preservativo en otros idiomas..... | 20 |
| | |
| Tabla 2 Medidas y desviaciones estándar para el grupo control e intervención en la preprueba y postprueba para la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA (SEA-27)..... | 49 |

Resumen

Problemática. Las enfermedades de transmisión sexual así como los embarazos no deseados son una problemática que aqueja a la población adolescente, por eso es de gran importancia que los jóvenes cuenten con una educación sexual correcta y completa, asegurándonos de brindar la información necesaria para evitar los riesgos que conlleva el sexo sin protección, fundamentalmente de los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual. El único método que evita estos dos problemas mencionados es el uso correcto del condón masculino y femenino.

Objetivo. Evaluar el impacto de un programa de educación sexual sobre la importancia del uso correcto del condón masculino y femenino dirigido a adolescentes de segundo grado de secundaria.

Método. Es una metodología cuantitativa transversal con un diseño cuasi experimental. La muestra estuvo conformada por un grupo control de 30 participantes y un grupo con intervención de 35, con edades que oscilan entre los 13 a 15 años de edad. Se utilizó la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA (SEA27), el cual por medio de preguntas cerradas tipo Likert dicotómicas mide los aspectos relevantes de la conducta sexual aplicando un pretest y postest. Se realizaron siete sesiones informativas con duración de una hora. Los temas que se abordaron fueron: importancia del uso correcto del condón masculino y femenino en las prácticas sexuales, autoestima, ITS y beneficios del uso del condón así como los mitos y realidades, mediante técnicas de modelamiento se explicó cómo debe ser el uso correcto del condón masculino y femenino.

Resultados. Se incrementaron de manera significativa los conocimientos que tienen los adolescentes para la eficacia del condón masculino y femenino, así

también se observó un cambio con respecto en la toma de decisiones al momento de mantener relaciones sexuales.

Conclusiones. Las actividades lúdicas que desempeña el educador para la salud con respecto a los temas de educación sexual incrementan de forma considerable el conocimiento y la modificación en la toma de decisiones de los adolescentes, esto gracias al diseño, implementación y evaluación de los programas realizados.

Palabras clave. Adolescentes; sexualidad; condón; embarazo; prevención; ITS; aprendizaje.

Abstrac

Problematic. Sexually transmitted diseases (STD) as well as unwanted pregnancy are both an issue through the teenage population, therefore it's of great importance that teenagers acquire accurate and far-reaching sexual education, making sure to provide sufficient information in order to avoid the risk that unprotected sex imply, particularly unwanted pregnancy and STD. The only way to prevent these problems is by means of the proper use of female and male condoms.

Objectives. To assess the impact of a programme for sexual education, focused on the importance of the accurate use of female and male condoms aimed at teenagers on their second year of middle school.

Methodology. It's transversal and quantitative methodology whit a quasi-experimental desing. The sample was forme by a controlled group of 30 participants and intervention group consisting of 35 people ranging in age from 13 to 15 years. The self-efficacy scale to prevent AIDS (SEA-27), which permits to evaluate relevant aspects of the sexual behaviour through closed questions like Likert dichotomic, was employed as a pre-test and post-test. Seven one-hour information sessions were held. The topics discussed were: importance of the correct use of the male and female condom use as myths and realities, using modeling techniques explained how to use the male and female condom correctly.

Results. Teenagers' knowledge about female and male condoms was incremented significantly; moreover, a change in decisión making at the time of having a sexual intercourse was detected.

Conclusions. Ludic activities performed by the health educator regarding sexual education topics rise considerably the knowlwdge and the adjustment in decisión

making of teenagers thanks to the desing, execution and evaluation of the implemented assessments.

Key words. Teenagers; sexuality; condom; pregnancy; prevention; ITS, education.

Introducción

La adolescencia se define como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, normalmente la dividen en dos fases; adolescencia temprana de 12 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años, en cada una de estas etapas se presentan cambios fisiológicos (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas femeninas y masculinas), estructurales (anatómicos), psicológicos (integración de la personalidad e identidad) y la adaptación a los cambios culturales y/o sociales (Organización Mundial de la Salud [OMS] ,1993).

Definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones, primero se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida, hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelven los problemas que se observan en este periodo (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2011)

El embarazo en las y los adolescentes afecta negativamente la salud, la permanencia en la escuela, los ingresos económicos presentes y futuros, el acceso a oportunidades recreativas, sociales y laborales especializadas y de calidad así como el desarrollo humano, además del embarazo tener relaciones sexuales sin protección implica un riesgo permanente de adquirir alguna infección de transmisión sexual (Instituto Nacional de la Mujer, 2019).

La adolescencia es una etapa en la que existen riesgos y dificultades que se magnifican o empequeñecen según la influencia del contexto social, escolar y/o familiar, los adolescentes son susceptibles, débiles y tienen baja percepción del riesgo, muchas veces la información que adquieren es carente de veracidad, todo esto otorga una gran importancia a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables a través de la educación, ya que estos no están interiorizados y estructurados como en la etapa adulta.

Uno de los principales problemas sociales que la mayoría de padres presentan hacia los hijos adolescentes es sentir vergüenza al hablar con ellos sobre temas de sexualidad, creen que no serán capaces de explicarles qué es un condón, para qué sirve y cómo se utiliza, también pueden llegar a pensar que al dar una explicación detallada están lanzando a sus hijos a tener relaciones sexuales precoces.

Todos estos prejuicios se pueden modificar teniendo una buena educación sexual, se puede lograr que los adolescentes no comiencen una vida sexual temprana, si no por el contrario, se pueden formar adolescentes capaces de tomar decisiones correctas sobre la iniciación de su vida sexual, es decir, poder llevar una vida sexual responsable y sin riesgos.

Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan, al hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas (OMS, 1993)

El objetivo que se persigue con la realización de este trabajo, es abordar la prevención de los embarazos no deseados así como infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes de segundo año turno matutino de una secundaria del municipio de Nezahualcóyotl estado de México, para ello se desarrolló un “Taller de Educación Sexual” en el cual se habló de la importancia del uso correcto del condón masculino y femenino.

Para lograr este objetivo, en el capítulo 1 se presenta el planteamiento del problema que incluye, los objetivos, las variables y definiciones de las mismas, y las hipótesis,

en el capítulo 2 se presenta el marco teórico del estudio el cual incluye, antecedentes, justificación, conceptos y definiciones, teorías, y el estado del arte.

El en capítulo 3 encontramos el método en el cual incluye la muestra utilizada para nuestra investigación así como el instrumento, procedimiento y plan de análisis en el capítulo 4 se encuentran los resultados descriptivos e inferenciales obtenidos en la investigación, en el capítulo 5 se observa la discusión analizando los resultados obtenidos por los adolescentes y se menciona si existió un cambio significativo o no.

El capítulo 6 está compuesto por las conclusiones a las que se llegó al finalizar nuestro programa de educación sexual, también encontramos las limitaciones, y propuestas para garantizar mejores resultados, al final podemos encontrar el apartado de los anexos el cual está formado por el instrumento utilizado antes y después de las intervenciones, el consentimiento y asentimiento informado, por último el manual utilizado para las intervenciones durante el programa.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La implementación de un programa de educación sexual para fomentar el uso correcto del condón masculino y femenino, aumentará los conocimientos que tienen los adolescentes respecto a estos dos métodos anticonceptivos.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto del programa para fomentar el uso correcto del condón masculino y femenino.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Promover el uso correcto del condón masculino y femenino en adolescentes para evitar embarazos no deseados así como ITS.
- Difundir información sobre el uso adecuado del condón masculino y femenino.
- Distribución de material informativo (folletos, trípticos, etc.)

1.4 HIPÓTESIS ALTERNA

La implementación de un programa incrementará los conocimientos sobre el uso correcto del condón masculino y femenino en adolescentes.

1.5 HIPÓTESIS NULA

La implementación de un programa no acrecentará los conocimientos sobre el uso correcto del condón masculino y femenino en adolescentes.

1.6 VARIABLES DEPENDIENTES

Conocimientos sobre el uso correcto del condón y sus beneficios en adolescentes de segundo grado de secundaria.

(Alumnos hombres y mujeres de segundo año de secundaria entre 13 y 14 años de edad que residen en Ciudad Nezahualcóyotl).

1.7 VARIABLE INDEPENDIENTE

Edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel de estudios, zona geográfica.

1.8 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (Real Academia Española [RAE], 2017).

Sexo: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas; conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo, masculino-femenino. (RAE, 2017).

Ocupación: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa. (RAE, 2017).

Estado civil: Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales (RAE, 2017).

Nivel de estudios: Se refieren al grado más alto de estudios que una persona ha cursado y ha abandonado, ya bien por los que haya concluido o bien, porque los interrumpió antes de terminarlos, por lo tanto, afecta exclusivamente a la población no estudiante (RAE, 2017).

Zona geográfica: Una región geográfica forma parte del conjunto de las regiones naturales: se trata de zonas territoriales que se delimitan a partir de determinadas características de la naturaleza, la geografía física es lo que permite el reconocimiento de una región geográfica (RAE, 2017).

1.9 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Edad: se midió de forma cuantitativa.

Sexo: se midió de forma cuantitativa.

Ocupación: se midió de forma cualitativa

Estado civil: se midió de forma cualitativa.

Nivel de estudios: se midió de forma cualitativa.

Zona geográfica: se midió de forma cualitativa.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1 JUSTIFICACIÓN

Es de gran importancia el aporte de diversos autores los cuales, nos sirven de referencia en el marco de estudio de la educación sexual en adolescentes, brindando un amplio conocimiento a nuestro trabajo de investigación, enriqueciéndolo con una visión multidimensional en la revisión bibliográfica de nuestro tema de estudio.

Se pueden observar diversas investigaciones a nivel mundial sobre temas como son: la sexualidad de los adolescentes haciendo énfasis en el uso correcto del condón masculino y femenino, como las que a continuación se mencionarán.

En el contexto de falta de respuestas ante la irrupción de lo sexual, los jóvenes (adolescentes) van construyendo sus propias normas, creando sus propias expresiones de sexualidad, sin tener soporte psicológico ni madurez suficiente para ello. Los programas de educación sexual escolar deben asumir su tarea en estrecha colaboración con los padres, con mediadores cercanos en edad y en cultura reproductiva para establecer comunicación con los jóvenes (Thimeos, 2013).

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, 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, Sanabria, Contreras y Perdomo, 2013)

Los jóvenes reconocen que para la sociedad en su conjunto representa un problema hablar de la sexualidad, sin embargo, la responsabilidad en el ámbito de las escuelas es adjudicada a la personalidad de cada maestro en particular y no al

sistema escolar en su conjunto, ni al diseño curricular o de los métodos de enseñanza, bajo la idea de que los maestros tienen vergüenza de tratar temas de sexualidad.

Los jóvenes sintieron falta de entusiasmo o dedicación, o evasión en la enseñanza de los mismos, una constante en las entrevistas fue el señalamiento de cierta censura en los contenidos tratados en las escuelas. Los temas más relacionados con el placer aparecen como tabú en el ámbito escolar (Juárez y Gayet, 2005).

Las enfermedades de transmisión sexual así como los embarazos no deseados son una problemática que aqueja a la población adolescente, sin embargo, existen programas de planificación en los cuales se tratan temas como estos, sin embargo, la importancia de hacer énfasis sobre el uso correcto del condón masculino y femenino es de gran importancia pues es el único método anticonceptivo que previene lo antes mencionado.

La bibliografía internacional muestra que las y los hijos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, mortalidad infantil, menores niveles de apoyo emocional y estimulación cognitiva, menores habilidades y capacidades de aprendizaje cuando entran a preescolar, más problemas conductuales y sufrir más condiciones médicas crónicas, propensión a ser internados en centros penitenciarios en la adolescencia, alcanzar menos logros académicos y desertar de la educación secundaria y media superior, repetir el patrón de fecundidad temprana y tener hijos o hijas durante la adolescencia y, estar desempleado(a) o subempleado(a) en la etapa adulta (CONAPO, 2014).

En el caso de métodos anticonceptivos los adolescentes conocen cuales son, pero no la forma adecuada de utilizarlos, que al final es lo importante, para prevenir tanto embarazos no deseados como ITS, temas que tienen información pero no de una manera que les permita apoderarse de dichos temas y utilizarlos para tener una vida sexual responsable, lamentablemente en nuestra cultura uno de los temas más

estereotipados es la sexualidad, pese a ser una condición natural, un derecho y sin duda una responsabilidad (Calvopiña, 2013).

Las ITS son un grupo de enfermedades que se adquieren fundamentalmente por contacto sexual, afectan a personas de cualquier edad aunque son los adolescentes y los jóvenes adultos son los grupos poblacionales más afectados, se presentan más frecuente en aquellos individuos que mantienen conductas y actitudes sexuales riesgosas, entre ellas tener más de una pareja sexual, practicar coito de forma no segura, no usar preservativo, etc.

La educación de los jóvenes por parte de los padres y profesores, sigue siendo un arma importantísima por la falta de toma de conciencia y el desconocimiento que existe la prevención de estas enfermedades, es necesario "profesionalizar" la información, mejorando las barreras de comunicación, venciendo obstáculos sociales y culturales (Chacón et al, 2013).

A pesar de los esfuerzos gubernamentales para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en México, los resultados no han sido del todo favorables, la salud sexual y reproductiva de los jóvenes figura en la actualidad como uno de los asuntos de mayor relevancia tanto en el ámbito académico como político.

La preocupación central de muchos gobiernos se ha concentrado en reducir los riesgos de ITS, del virus de inmunodeficiencia humana y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida), y del embarazo adolescente, en los últimos diez años un conjunto de investigaciones y acciones políticas ha servido para mejorar la condición de salud de los jóvenes, sin embargo, la visión de salud pública que ha guiado todos estos esfuerzos de prevención ha tenido como limitante la forma de conceptualizar la sexualidad (Rojas, R et, 2017).

2.2 ANTECEDENTES

El primer dato que se tiene registrado como inicio de la educación sexual formal en México es en 1931, por el entonces Secretario de Educación Narciso Bassols, con la finalidad de disminuir los embarazos adolescentes y las infecciones de transmisión sexual, estableció tres ejes fundamentales en la educación, ésta debía ser laica, llegar al medio rural e iniciar una educación sexual, no obstante, los sectores conservadores y de ultraderecha presionaron de tal forma que no se llevó a cabo la inclusión de la Educación Sexual en ningún nivel educativo y obligó a la renuncia a Narciso Bassols (Robles, 2015).

En relación a lo anterior, el grupo que rechazó las propuestas de Bassols fue el grupo denominado la Unión de Padres de Familia, que era un conjunto de asociaciones de padres creada en 1917 como respuesta a la laicidad asentada en la Constitución y la cual se pronunciaba a favor de la defensa de los valores y la familia, protestó en contra de la impartición de educación sexual en las escuelas argumentando que les robaría la inocencia a sus hijos, algunas escuelas entraron en huelga para apoyar a los padres de familia, lo que obligó a Bassols a renunciar de su cargo y abandonar el proyecto (Chavez, 2016).

En 1970 a través de la Reforma Educativa el Secretario de Educación Víctor Bravo incluyó en los libros de primaria de 1º a 6º dentro del área de Ciencias Naturales temas relacionados con la reproducción animal y humana, esta acción ocasionó que padres y madres de familia de varios estados de la república, incluyendo al Distrito Federal, mostraran su desacuerdo aun cuando los contenidos eran totalmente relacionados con temas de la asignatura de biología, se llegó incluso a destruir libros para mostrar su inconformidad (Robles, 2015)

La educación sexual en México se incluyó en los programas de educación básica desde 1974, siendo este acontecimiento pionero en América Latina, los temas de pubertad y la reproducción humana se comenzaron a discutir en quinto de primaria,

mientras en secundaria se abordaban temas como la prevención de embarazos e ITS. Sin embargo, este evento no quedó exento del rechazo, puesto que desde ese entonces generó polémica en los padres de familia, provocando que se quemaran los libros de texto gratuito (Rodríguez, 2004).

En 1982 el tema dio un giro a un enfoque más preventivo, promoviendo el uso del condón, debido a la amenaza de la epidemia del VIH de 1994 hasta ahora, aún sin éxito, se ha planeado implementar temas de género, diversidad sexual y derechos sexuales y reproductivos a pesar de los esfuerzos por parte del Estado, los embarazos en adolescentes y las ITS siguen en aumento (Escamilla y Guzmán, 2017).

Posteriormente, en 1990 a partir de la aparición del Virus de inmunodeficiencia adquirida, se incluye el tema del SIDA en los libros de texto de sexto año, sin que el resto de los contenidos de educación sexual, fueran modificados (Chávez, 2016).

En 1994 en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, se hizo un llamado a los 179 países asistentes incluido México para reconocer el derecho fundamental a la salud reproductiva, lo que en la práctica se vería reflejado en acciones gubernamentales que permitirían reducir el rezago en la materia, fue así que el Estado Mexicano y demás países participantes promovieron medidas para que, en condiciones de igualdad, se pudiera asegurar el acceso universal a los servicios de salud, incluida la sexual y reproductiva (De Jesús y González , 2014).

En 1999 se editó el libro de texto de Ciencias Naturales y Desarrollo Humano para 6° grado, en el que se incluía el tema de los métodos anticonceptivos, sin embargo, las críticas encabezadas por el grupo Provida, fueron que el incluir una mentalidad anticonceptiva, se ve al hijo como una amenaza y que por lo tanto, dicho programa no promovía el autodominio pleno de las personas (Chávez, 2016).

La secretaria de salud en 2004 actualizó la Norma Oficial Mexicana NOM 005.SSA2-1993 sobre los servicios de planificación familiar, donde como una estrategia para la prevención de embarazos a adolescentes tomo la anticoncepción de emergencia como prioridad, también se puso en marcha el proyecto llamado servicios amigables, el cual era exclusivamente para adolescentes en donde se capacitaron a 138 prestadores de servicios con el propósito de educar en temas de sexualidad, este servicio no tuvo buenos resultados ya que no se atendió el reglamento de una manera adecuada (Flores,2018).

En 2006 en México entro en vigor la Reforma en Educación Secundaria (RES), se formuló un nuevo programa de educación sexual, el cual tuvo como sustento el enfoque de los cuatro holones de la sexualidad, el tema se imparte en el área de ciencias naturales así como en los programas de cívica y ética, esta perspectiva representa un gran avance en relación con los contenidos anteriores (Secretaria de Educación Pública [SEP], 2016).

En agosto de 2008 el Gobierno del Distrito Federal (GDF) dio un paso adelante en la educación sexual con la publicación del libro Tu futuro en libertad, por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad, en la presentación Marcelo Ebrard entonces jefe de gobierno explicaba: este libro lo hicimos pensando en ti, habla de tus derechos, de tus responsabilidades, de tu libertad, del proyecto que puedes construir participando, decidiendo, expresándote, comprometiéndote contigo, con tu ciudad y con la sociedad que deseas (Garduño, 2018).

Una de las medidas prioritarias para la educación escolar en México es asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña, las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre sexualidad con enfoque participativo intercultural, de género y de derechos humanos (SEP, 2016).

En el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica en 1992 y la década de 1990-2000, se reformularon los planes y programas de estudio de la educación primaria y secundaria, nuevos libros de texto gratuitos, producción de materiales educativos complementarios para maestros, se introdujeron nuevos contenidos tales como: equidad de género, cultura de la prevención, educación ambiental y desarrollo sustentable, educación sexual y desarrollo humano y formación cívica y ética.

En 2000 en su formación docente se elaboró y distribuyó el libro: la Sexualidad infantil y juvenil para maestras y maestros de educación básica, se realizaron cursos, talleres y diversas actividades de capacitación con especialistas (SEP, 2016).

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018, reconoce los avances alcanzados hasta la fecha y plantea lograr hacia el término de la Administración tres objetivos específicos para atender los principales rezagos en este campo de la salud pública: favorecer el acceso universal a información, educación y orientación en salud sexual y reproductiva, reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población, incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente (Secretaría de salud [SSA], 2015).

La Estrategia del Programa Nacional de Población (PNP), 2014-2018, considera al menos seis líneas de acción: principalmente que crezcan las oportunidades de hombres y mujeres para ejercer su sexualidad y reproducción de forma libre, responsable e informada, detectar la atención de los programas de salud sexual y reproductiva en grupos de población vulnerable, contribuir al desarrollo de contenidos sociodemográficos y de educación integral de la sexualidad en programas del sistema educativo nacional.

Promover acciones integrales para reducir la mortalidad materna e infantil, instrumentar programas de comunicación y divulgación para difundir información sociodemográfica para tomar decisiones libres, responsables e informadas, ampliar las capacidades y oportunidades de adolescentes y jóvenes para ejercer sus derechos en salud, sexuales y reproductivos. ENAPEA y el Programa Nacional de Población (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2015).

En 2015, con el objetivo disminuir la tasa de fecundidad en adolescentes, se creó la ENAPEA, con la participación de 27 dependencias de gobierno federales y la participación de organizaciones civiles, su objetivo es que para el 2030 la reducción de embarazos adolescentes sea de un 50 % menos (García, 2018).

Es importante integrar y formar educadores sexuales que se capaciten profesionalmente desde una perspectiva más amplia y natural, enfocándose en la nueva generación de adolescentes para así poder adaptar las propuestas y estrategias y transmitir los conocimientos sin prejuicios, haciendo énfasis en la responsabilidad del ejercicio de la sexualidad (Flores, 2018).

Este programa de educación sexual, se enfocó en realizar estrategias para los adolescentes, orientados en fomentar el uso correcto del condón masculino y femenino, con la finalidad de evitar riesgos de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, para así formar adolescentes responsables de su sexualidad.

2.2.1 Historia del condón masculino

Desde 1000 A.C. en Egipto se utilizaban fundas de tela sobre el pene, la leyenda del rey Minos (1200 A.C.) hace referencia al empleo de vejigas natatorias de pescado o vejigas de cabra para retener el semen (Onmeda, 2016).

El origen del término condón no se ha determinado con seguridad, existía un médico llamado Dr. Condom en la corte del rey inglés Carlos II (1660-1685) que es

considerado su inventor, según cita una fuente de la época, se trataba de “Un baluarte contra el placer y una tela de araña contra el peligro” (Onmeda, 2016).

Antiguamente los preservativos solo servían para evitar los embarazos tanto el Estado como la Iglesia estaban en contra de su uso, ya que interfería artificialmente contra la planificación familiar establecida, tampoco su elevado precio y su escasa fiabilidad presagiaban en ese siglo XVII el éxito del preservativo, pero todo esto cambió con la invención de la vulcanización de la goma en 1843.

Mientras que los condones históricos se fabricaban de tripas de oveja, sus modernos descendientes son de látex, la leche del árbol del caucho, en procedimientos de inmersión se fabrican en moldes de porcelana o cristal, al añadir azufre y otros aditivos, las moléculas de caucho en forma de hilo se interconectan al ser calentadas y forman una goma elástica, este proceso se conoce como vulcanización (Onmeda, 2016).

La densidad de la pared de un preservativo es de 0,06 milímetros, es decir, mucho más delgada que la piel humana. Desde 1995 existe una normativa europea que regula los preservativos la EN 600, según la cual un preservativo homogeneizado tiene las siguientes medidas: 170 -180 mm de longitud y 52 mm de diámetro, debe pasar una prueba de 18 litros de agua sin romperse, además, existen preservativos en tamaños especiales (Onmeda, 2016).

En caso de padecer alergia al látex, también pueden utilizarse los nuevos preservativos de poliuretano, estos también pueden usarse al contrario que los de látex con un lubricante graso, sin embargo los materiales sin látex son más caros (Onmeda, 2016).

La efectividad para prevenir una ETS (enfermedad de transmisión sexual) ronda el 95%, mientras que su efectividad como método de control natal es más alto, hasta 97%, cuando se usa de forma apropiada.

Tabla 1. Uso del término preservativo en otros idiomas (Onmeda, 2016).

| Preservativo en otros idiomas | | |
|-------------------------------|-------------------------|---|
| País | Nombre del preservativo | Preservativo en el lenguaje coloquial |
| Egipto | Kabbud | |
| Argentina | preservativo, condón | Forro |
| Australia | Condom | life saber |
| Bélgica | préservatif, condom | Capote |
| Brasil | Preservativo | camisinha, camisa de vénus |
| Chile | preservativo, condón | Goma |
| Dinamarca | Kondom | Gummi |
| Estonia | kondoom, preservatiiv | presku, kantoss, kumm, kortis |
| Finlandia | Kondomi | kumi, kortsu, skordari |
| Francia | préservatif, condome | capote anglais, peau divine, gant de dames, calotte d'assurance |
| Grecia | profylaktiko | Kapota |
| Gran Bretaña | condom | rubber, french letter, raincoat, Johnny |
| Irlanda | condom | Rubber |

| País | Nombre del preservativo | Preservativo en el lenguaje coloquial |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| Italia | profilattico, preservativo | gomma, palloncino, sette bello |
| Japón | kondómu | |
| Colombia | preservativo, condón | |
| Croacia, Serbia y Macedonia | kondom, prezervativ | |
| Luxemburgo | praeservativ | Gummi |
| Marruecos | kabbud | |
| Países Bajos | condoom | kapotje, feestneus (pelele) |
| Noruega | kondom | Gummi |
| Austria | kondom | gummi, ola |
| Perú | preservativo, condón | poncho, casco, guante |
| Polonia | prezerwatywa | gumka, eros, komdom, czepek |
| Portugal | preservativo | camisa de vénus |
| Rusia | preser | Galosche |
| Suiza | préservatif, profilattico, kondom | capote, preservativo, gummi |

| País | Nombre del preservativo | Preservativo en el lenguaje coloquial |
|-----------------|----------------------------|--|
| Eslovenia | kondom | olagumi, gumi |
| España | preservativo, profiláctico | condón, goma |
| Sudáfrica | condom | |
| Tanzania | condom, mpira (yababa) | |
| Tailandia | | thung anamei (bolsa de salud), sya fon (gabardina) |
| República Checa | kondom, prezervativ | prcguma oder prcka |
| Turquía | prezervatif | lastik, sapka, torba, kaput |
| EE.UU. | condom | prophylactic, contraceptive, rubber, balloon, Jimmy-hat, glove, sheaths, rubbers |

2.2.2 Historia del condón femenino

El condón femenino sin ser el método ideal surgió como una opción más para la mujer que se encuentra en riesgo, pero no como un sustituto del condón masculino (Uribe, 1994).

Desde 1993 el condón femenino se encuentra en el mercado, siendo este un método de barrera, la primer generación siendo de poliuretano y comercializado en más de 90 países, la segunda generación elaborada de polímero de nitrilo un material más resistente, desde el lanzamiento internacional del condón femenino la OMS ha destacado la importancia de promocionar este nuevo método como una herramienta alternativa en la mejora de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y sus parejas.

Destacando las características del método que le convierten en único, ofrece a la mujer el control de la doble protección contra embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, es seguro e inofensivo para la salud y no necesita ser recetado por profesionales médicos (Lameiras, Rico, Carrera, Failde y Nuñez, 2011).

Este condón femenino fue diseñado a mediados de los 80 por un ginecólogo danés y su esposa, lo desarrollaron un grupo de investigadores y médicos, combinando el modelo del condón masculino y el diafragma, se trata de una bolsa de poliuretano, de unos 17 cm de largo, con uno de los extremos cerrado, parecido a un condón masculino, pero más ancho y más largo, que se introduce en la vagina.

Cuenta con dos anillos flexibles de poliuretano: el mayor (7.5 cm de diámetro) se encuentra en la entrada del condón, al colocárselo sobresale en la región vulvar, con lo que se ofrece una mayor protección al evitarse así el contacto directo de la vulva con el escroto y la base del pene; el más pequeño de los anillos (6 cm de

diámetro) se introduce en la vagina, es de una sola medida su función es favorecer la inserción en la vagina y el anclaje interno detrás del pubis.

El condón femenino ya viene lubricado y su colocación no tiene que ser realizada por personal de salud, ya que no es especial ni complicada, sino que es sencilla, puede hacerla cualquier mujer siguiendo las instrucciones e imágenes del instructivo que lo acompaña (Uribe, 1994).

Los estudios sobre la aceptación del condón femenino arrojan resultados variables dependiendo ello del país donde se llevó a cabo, de la población en estudio y del promedio de escolaridad de los individuos estudiados, en general, más del 40% de las mujeres aceptaron el condón femenino o adoptaron una actitud neutral, el argumento utilizado para rechazarlo generalmente recayó sobre las molestias físicas que le provocaba a las mujeres, sobre su apariencia o sobre el ruido que hacía durante su uso, dos estudios reportaron también irritación de los labios y prurito vaginal en el 5% de las usuarias (Uribe, 1994).

El índice de Pearl es un método estadístico que se usa para determinar la efectividad de los métodos anticonceptivos, entre otras cosas. El valor del índice de Pearl del preservativo femenino es de 3 a 25, según se usen con una técnica correcta. Con su uso regular aumenta su seguridad por el dominio de la técnica de uso (Onmeda, 2016).

2.3 EPIDEMIOLOGÍA

Una de las principales causas de mortalidad en jóvenes de 15 a 24 años son las enfermedades de transmisión sexual entre ellas, la infección por el VIH/SIDA las enfermedades no transmisibles y las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010).

Las ITS representan mundialmente un serio problema, tanto en términos de salud como económicos y sociales, su control es decisivo para mejorar la salud general y

la salud sexual reproductiva en particular y representan uno de los grandes desafíos de la salud pública contemporánea (González, 2018).

En 2004 las estadísticas en la Región de las Américas dio como resultado que el 47% de todas las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias se debía al SIDA en jóvenes de 15 a 29 años; de esta cifra, el 67% correspondió a varones jóvenes y el 33% a mujeres jóvenes. En el 2006, el 20% de los casos de infección por el VIH, diagnosticados y notificados en la región correspondieron al grupo de edad de 15–24 años (OPS, 2010).

En las estadísticas actuales se puede observar que las poblaciones con mayor riesgo para contraer una ITS son los adolescentes y jóvenes adultos, sobre todo entre 14 y 24 años, la Organización Mundial de la Salud (OMS), notifica que más de un millón de personas se infectan cada día de alguna ITS y 60% de ellas, unas 600.000 de esas personas son menores de 25 años (León et al., 2014; Toro, 2017, en González et al., 2018).

En Cuba se notifican al año entre 40 y 50 mil casos de infecciones de transmisión sexual, con tendencia al incremento, la provincia de Camagüey no escapa de este problema, aunque se tiende a reducir su incidencia, aún es alto el número de personas no controladas y con comportamiento sexual de riesgo (García et al., 2014).

La actividad sexual ocurre cada vez a más temprana edad registrando promedios de inicio de 13.5-16 años, con edades tan tempranas cómo los 11 años, en América Latina y El Caribe aproximadamente 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos, el 53-71% de mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años, la edad del primer coito es de aproximadamente 15-16 años para las jóvenes de muchos países, mientras para otros es más temprana de 10-12 años (González, 2015. en González et al., 2018).

La conducta sexual en la adolescencia ha cambiado sustancialmente a lo largo de este último siglo, hoy los adolescentes adquieren la maduración física antes y se casan más tarde, la edad promedio de la menarquía se ha adelantado de 14.8 años en 1890 a 12.6 en 1990, pero además de ello, el intervalo entre la fecha de la primera menstruación y la edad promedio para el matrimonio se ha extendido de 7.2 años en 1890 a 11.8 en 1990, lo cual determina un largo plazo en que los adolescentes ya han adquirido capacidad reproductiva.

Sin embargo, aún no logran cumplir las tareas psicosociales de la adolescencia como es el logro de una independencia afectiva y económica de su familia de origen, durante ese transcurso los adolescentes están biológicamente preparados y culturalmente motivados para iniciar una vida sexual activa, pero son incapaces de analizar las consecuencias de su comportamiento en ese sentido y tomar decisiones sensatas, puesto que no han alcanzado el nivel de desarrollo cognitivo - emocional necesario para establecer una conducta sexual responsable (Cortés y Chacón, 2015, en Gonzales et al., 2018).

Gracias a un estudio realizado en 2001 se pudo obtener el perfil de los adolescentes a nivel mundial: (Issler, 2001, en Ulanowicz, Parra, Wendler y Monzón, 2006).

- Hay más de mil millones de adolescentes 85% en los países en desarrollo.
- Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años.
- Existen más de 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables en menores de 25 años.
- Más de la mitad de casos nuevos de infección por HIV más de 7000 por día ocurre en jóvenes.
- La violación o incesto ocurre en 7 a 34 % en niñas y en 3 a 29 % en niños.
- El 10 % de los partos acontece en adolescentes.
- La muerte materna es 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años.
- Hay 4.4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo.

- Un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto.
- Cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a la salud sexual y reproductiva.

La tasa de fecundidad de las adolescentes que viven en la pobreza es tres veces mayor que la de las adolescentes que no viven en la pobreza, además, usan menos métodos anticonceptivos y tienen mayores probabilidades de dar a luz antes de los 20 años (OPS, 2010).

El embarazo precoz es un ejemplo particular, no solo por los riesgos para la salud de la madre y el niño, sino también por su repercusión sobre la educación y las perspectivas futuras de las adolescentes, esto se puede observar en un estudio internacional con siete países latinoamericanos, 14 el 19,5% de las mujeres de 15–19 años de edad señaló haber estado embarazada; de este grupo, el 50% no siguió una escolarización formal, el 59% residía en medios rurales, el 61% vivía sin adultos en el hogar y el 60% vivía en la pobreza (OPS, 2010).

El embarazo no planeado en una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años, además de repercutir sobre su esfera social se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado (Ulanowicz, Parra, Wendler y Monzón, 2006).

En México las madres adolescentes presentan proporciones variables entre las entidades federativas del país, en 2013 en Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero y Nayarit más del 19% de los nacimientos fue de adolescentes, comparado con menos del 16% en el Distrito Federal, Nuevo León y Querétaro.

En términos de fecundidad, la ENADID 2009 señala que el promedio nacional de nacimientos de las mujeres de 15 a 19 años fue de 69.5 nacimientos por cada 1,000

mujeres, Zacatecas, Querétaro, San Luis Potosí, Veracruz, Puebla, Colima, Morelos, Oaxaca, Nuevo León y el Distrito Federal tuvieron tasas menores de 65 por cada 1,000, mientras que Quintana Roo, Nayarit, Chiapas, Durango, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua y Jalisco tuvieron tasas mayores a 75 por cada 1,000 (CONAPO, 2014).

El embarazo en adolescentes está asociado a niveles de mortalidad materna más elevados que en mujeres de mayor edad, a una alta prevalencia de aborto en condiciones inseguras, entre 2012 y 2013, el número de muertes maternas disminuyó de 960 a 861, lo que se tradujo en una reducción de la razón de muerte materna de 42.3 a 38.2 por cada 100 mil nacimientos.³

Este indicador entre las mujeres de 10 a 14 años de edad es variable de un año a otro y el riesgo de complicaciones maternas y perinatales es sensiblemente mayor que en otros grupos de edad, entre las adolescentes de 15 a 19 años, la razón de muerte materna se incrementó de 32.0 a 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra superior a la registrada entre las mujeres de 20 a 24 años, este indicador entre las mujeres de 10 a 14 años de edad es muy volátil de un año a otro y el riesgo de complicaciones médicas es sensiblemente mayor que en otros grupos de edad (CONAPO, 2014).

2.4 MODELOS TEÓRICOS

Existen algunas teorías las cuales se pueden aproximar como soporte sobre el tema de la educación sexual y el uso correcto de los preservativos, en este punto nos vamos a enfocar en la adolescencia y la adquisición de conocimientos sobre este tema, para obtener un resultado estadísticamente favorable.

La teoría freudiana del desarrollo psicosexual plantea la evolución de la personalidad desde el nacimiento hasta la adolescencia, a través de la muy conocida sucesión de etapas: oral, anal, fálica, de latencia y genital Según Freud, en la adolescencia nos adentramos en la etapa genital, en la que los impulsos

sexuales requieren satisfacción urgente, todo ser humano pasa por las diferentes fases del desarrollo de la sexualidad, por lo que en la edad adulta se encuentran conductas que son vestigios y evidencias del paso por cada una de éstas (Villalobos,1999).

El principio dialógico facilita la comprensión de que la relación sexual también implica riesgos pero también beneficios, que van desde lo biológico, lo social, lo afectivo y lo espiritual que no necesariamente está presente todos al mismo tiempo, asociarla solamente a riesgo, impide aceptar que forman parte del proceso normal de desarrollo de los/las adolescentes, de su bagaje de experiencia personales y de su construcción de un mundo adulto (Fuentes, 2011).

Teoría de las catástrofes (René Tom, 1950) para este autor, las catástrofes no constituyen como muchos piensan acontecimientos excepcionales, sino que forman parte del acontecer humano, la realidad sería una sucesión de puntos irregulares que se expanden a través del tiempo, en algún momento, esta sucesión normal se bifurca y dan un salto brusco a este, es a lo que René Thom llamó catástrofe. En esta investigación, el embarazo no deseado o una ITS puede constituir esos puntos irregulares, ese salto brusco, es decir, una catástrofe en la vida del adolescente (Fuentes, 2011).

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) se basa en que hay tipos de aprendizaje donde el refuerzo directo no es el principal mecanismo de enseñanza, sino que el elemento social puede dar lugar al desarrollo de un nuevo aprendizaje entre los individuos, teoría del aprendizaje social es útil para explicar cómo las personas pueden aprender cosas nuevas y desarrollar conductas mediante la observación de otros individuos, así pues, esta teoría se ocupa del proceso de aprendizaje por observación entre las personas (Psicoactiva, 2016).

Las personas no observan de forma automática el comportamiento de un modelo y la imitan, hay un proceso de pensamiento antes de la imitación y se llama proceso

de mediación, esto se produce entre la observación del comportamiento (estímulo) y la imitación o no del mismo (respuesta) (Psicoactiva, 2016).

En relación a lo anterior, entendemos que el aprendizaje social nos menciona que los factores que influyen en la conducta son: una combinación de factores del entorno sociales y psicológicos, la teoría del aprendizaje social señala tres condiciones para que las personas aprendan y modelen su comportamiento: retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón) para querer adoptar esa conducta.

Sin duda la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura por su estructura y solides nos sirven como base a los programas preventivos y asistenciales dirigidas a la modificación de los comportamientos en el campo de la salud.

También encontramos la teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980), sostiene que cualquier variable externa al modelo propuesto (características demográficas, situacionales o de personalidad) puede influir sobre la intención y también, indirectamente sobre la conducta real, sólo si influye sobre el componente actitudinal y/o sobre el componente normativo y/o sobre sus pesajes respectivos.

Es decir, que la relación entre una variable externa y la intención de llevar a cabo una conducta específica está mediada por uno o por los dos factores que determinan la intención (Dorina, 2005).

En términos generales un individuo tendrá la intención de realizar una conducta dada cuando posee una actitud positiva hacia su propio desempeño en la misma, cuando cree que sus referentes sociales significativos piensan que debería llevarla a cabo (Fishbein, 1990).

2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Salud.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2006).

Educación.

La educación consiste en preparación y/o formación para inquirir y buscar con sabiduría e inteligencia, aumentar el saber, dar sagacidad al pensamiento, aprender de la experiencia, aprender de otros (León, 2007).

La educación consiste en creación y desarrollo evolutivo e histórico de sentido de vida, capacidad de aprovechamiento de todo el trabajo con el que el hombre se esfuerza, al cual se dedica durante los años de su vida de manera individual y colectiva (León, 2007).

Adolescencia.

Periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, normalmente la dividen en dos fases; adolescencia temprana de 12 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años, en cada una de estas etapas se presentan cambios fisiológicos (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), estructurales (anatómicos), psicológicos (integración de la personalidad e identidad) y la adaptación a los cambios culturales y/o sociales (OMS,1993).

Sexo.

Sexo apunta a las características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres, mientras que género se refiere a las ideas, normas y comportamientos que la sociedad ha establecido para cada sexo, el valor y significado que se les asigna. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2011).

El término “sexo” se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos (AMSSAC, 2000).

Sexualidad.

Se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano, basada en el sexo, incluye al 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 (Asociación Mexicana para la Salud Sexual [AMSSAC], 2000). La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales (AMSSAC, 2000).

Condón masculino.

Es una delgada funda de goma (látex) usada por el hombre para cubrir el pene, existen condones lubricados con espermicida o con otro tipo de lubricante y otros que no tienen lubricante (Anticoncepción de Emergencia, 2018).

Un condón es una cubierta delgada usada en el pene durante el coito, el uso del condón ayudará a prevenir que la pareja quede embarazada, así como contraer una infección transmitida por contacto sexual o contagiarle una a su pareja, estas infecciones incluyen herpes, clamidia, gonorrea, VIH y verrugas (Medline plus, 2017).

Condón femenino.

Se trata de una bolsa de poliuretano de unos 17 cm de largo, con uno de los extremos cerrado parecido a un condón masculino pero más ancho y más largo que se introduce en la vagina, cuenta con dos anillos flexibles de poliuretano, el mayor (7.5 cm de diámetro) se encuentra en la entrada del condón, al colocárselo sobresale en la región de la vulva con lo que se ofrece una mayor protección al evitarse así el contacto directo de la vulva con el escroto y la base del pene, el más pequeño de los anillos (6 cm de diámetro) se introduce en la vagina, es de una sola

medida y su función es favorecer la inserción en la vagina y el anclaje interno detrás del pubis (Uribe, 1994).

Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos, se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja, en forma temporal o permanente (Vázquez y Suárez, 2005).

Embarazo:

El embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este atraviesa el endometrio e invade el estroma, el proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo, esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación (Menéndez, Navas, Hidalgo y Espert, 2012).

Prevención

Es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias cuando se han producido, tengan consecuencias: físicas, psicológicas y sociales negativas, el objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete (Ecured, 2012).

ITS.

Una ITS o infección de transmisión sexual se refiere a cualquier clase de infección bacteriana o vírica que puede propagarse a través del contacto sexual, si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos no es necesario que se experimenten ni se expresen todos, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (AMSSAC, 2000).

Salud Sexual.

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, no se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos, para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen (AMSSAC, 2000).

Educación sexual integral.

La educación sexual integral es un enfoque de la educación sobre sexualidad basado en los derechos y con perspectiva de género, tanto dentro como fuera del ámbito escolar, se imparte a lo largo de varios años incorporando información adecuada a la edad en consonancia con las capacidades cambiantes de los y las jóvenes (Fondo de la Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2016).

Actividad Sexual

La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente, la actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual (AMSSAC, 2000).

2.6 ESTADO DEL ARTE

Se realizó una búsqueda sistemática en la base de datos Pubmed con las palabras: contraceptive methods [Title] OR condom [Title] AND sexual* [Title] AND prevention [Title] OR promotion [Title] OR education [Title] OR intervention [Title]. Se encontraron 66 artículos de los cuales se descartaron 30 por que no eran intervenciones, 10 fueron realizadas con personas adultas, 15 no fueron encontradas, 10 eran revisiones y 4 fueron omitidas por no contar con los resultados.

Resumen de intervenciones en educación sexual.

En 2016 Chambers, Rosenstock, Lee, Goklish y Larzelere, realizaron un trabajo con el objetivo de evaluar el impacto de una intervención en salud reproductiva con adolescentes indios americanos sobre el uso del condón, mejorando la intención de uso del condón entre los más jóvenes, sexualmente adolescentes inexpertos así como la eficacia de la respuesta, en este estudio se utilizó un diseño de ensayo controlado aleatorizado por conglomerados para evaluar a 267 adolescentes con edades de 13 a 19 años.

Se examinaron las variables psicosociales y teóricas de referencia asociadas con el uso del condón, la edad media de la muestra fue de 15.1 años (DE = 1.7). El 56% fueron mujeres y 22% ya habían iniciado su vida sexual, una mayor proporción de participantes del grupo RCL versus participantes del grupo control tenían intención de usar preservativo después de la intervención (riesgo relativo [RR] = 1.39, $p = .008$), especialmente los más jóvenes (edades 13 a 15; RR = 1.42, $p = .007$) y adolescentes sin experiencia sexual (RR = 1.44, $p = .01$); estas diferencias atenuadas en seguimiento adicional.

Los predictores de referencia de la intención de uso del condón incluyen ser sexualmente experimentado, tener autoeficacia de uso del condón así como eficacia y gravedad de la respuesta (tanto construcciones teóricas), de estos, la intervención RCL impactó significativamente el uso del condón autoeficacia y eficacia de respuesta.

Los autores William, Robin, Milhausen, y Beaver realizaron una prueba piloto de una intervención basada en el hogar para mejorar las experiencias, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el condón entre las mujeres jóvenes, las participantes fueron mujeres de 18 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales pene – vaginales con dos o más parejas los tres últimos meses.

El método utilizado fue un diseño de medidas repetidas con evaluaciones que se realizaron al inicio de la intervención y 30 días después, como resultados se observó que los errores y problemas del uso del condón disminuyeron, las actitudes relacionadas con el condón se mejoró, la autoeficacia y se valoraron más las experiencias de relaciones sexuales con preservativos, también se tiene como resultado que los episodios protegidos con preservativos aumentaron a más del doble.

En 2017 Mmbaga, Kajula, Wubs, Eggers y Kaaya realizaron un ensayo para conocer el efecto de la intervención PREPARE la cual trata sobre la iniciación sexual y el uso del condón en adolescentes de 12 a 14 años de edad, este ensayo controlado aleatorizado se realizó por grupos de una escuela durante 2011–2014 en el municipio de Kinondon.

Los participantes fueron entrevistado utilizando un cuestionario auto administrado al inicio del estudio, antes de la intervención PREPARE y luego 6 y 12 meses después de la intervención, el análisis de los datos se realizó utilizando el modelo de ecuación de estimación generalizada (GEE) que controla medidas repetidas y agrupamiento de alumnos dentro de las escuelas.

El análisis de GEE indicó que la intervención tuvo un efecto significativo en la iniciación sexual en ambos sexos después de controlar la agrupación y la correlación de medidas repetidas, se informó un nivel significativamente más alto de planificación de la acción para usar condones entre las mujeres.

En 2011 Ulibarri, Strathdee, Lozada, y Orozco realizaron un estudio con el propósito de examinar una intervención conductual breve que promueva el uso del condón entre las trabajadoras sexuales y sus clientes, los participantes fueron 362 trabajadoras sexuales de 18 años de edad que viven en Tijuana o Ciudad Juárez México, quienes recibieron una intervención conductual para promover el uso del

condón con los clientes, las entrevistas se realizaron al inicio del estudio y a los seis meses.

Los participantes también proporcionaron una extracción de sangre y cervical, recibieron una compensación de \$30 dólares en ambas visitas, los protocolos de estudio fueron aprobados por las juntas de revisión institucional en San Diego, Tijuana y Ciudad Juárez, la variable de resultado primaria del estudio Mujer Segura fue cero prevalencia del VIH, que sabían que eran positivos, las que dieron positivo en la detección fueron excluidas.

Los resultados mostraron que las trabajadoras sexuales tuvieron relaciones sin protección con sus parejas estables más que con sus clientes, que la intervención cambió el uso del condón de solo con clientes pero no con sus compañeros estables.

En 2008 los autores Hernández, García, y Peñarrubia, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la efectividad de un programa de educación sexual en la adquisición de conocimientos acerca de métodos anticonceptivos y anticoncepción de urgencia, así como el cambio de actitud ante el uso del preservativo.

Se realizó un estudio cuasi experimental controlado, realizado con 481 alumnos de primero de bachillerato que pertenecían a centros educativos donde no había ningún programa de educación sexual, la intervención consistió en 5 sesiones teórico-prácticas de 50 min cada una acerca del empleo de métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia.

La evaluación se realizó por medio de un cuestionario autoadministrable de preguntas cerradas que se pasó 3 veces (antes de la intervención, al mes y a los 6 meses tras esta), el análisis estadístico se realizó por intención de tratar. Se observó una distribución homogénea de las variables de control y asociación estadísticamente significativa entre la intervención y aumento de los conocimientos acerca de métodos anticonceptivos, especialmente de la píldora poscoital, también

se halló una asociación estadística en el cambio de actitud y el empleo del preservativo y píldora poscoital a favor del grupo intervención.

Steiner, Liddon, Rasberry, y Sales, en su intervención llamada: anticoncepción reversible de acción prolongada y el uso del condón entre las estudiantes de secundaria de los estados unidos para la prevención de infecciones de transmisión sexual, tienen como objetivo comparar el uso del condón entre usuarios de LARC femeninos sexualmente activos y usuarios de métodos anticonceptivos moderadamente efectivos.

La anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC), específicamente dispositivos intrauterinos, implantes, ofrece una oportunidad sin precedentes para reducir los embarazos no deseados entre los adolescentes porque es altamente efectivo, incluso con uso típico, sin embargo, el adolescente usuario de LARC puede tener menos probabilidades de usar condones para prevenir infecciones de transmisión sexual en comparación con los usuarios de métodos anticonceptivos moderadamente eficaces (oral, inyección, parche, y anticonceptivos de anillo).

El método utilizado fue el análisis de sección transversal utilizando datos del 2013, Encuesta nacional de comportamiento de riesgo en la juventud, una muestra representativa a nivel nacional de la escuela secundaria de EE. Estudiantes en los grados 9 a 12, los análisis descriptivos se realizaron entre personas sexualmente activas estudiantes mujeres (n = 2288); los análisis de regresión logística fueron restringidos a sexualmente activos, las usuarias de LARC y la anticoncepción moderadamente efectiva (n = 619); los análisis fueron realizados en Julio y Agosto de 2015.

Los resultados obtenidos arrojaron que entre las 2288 mujeres participantes sexualmente activas (56.7% blancas; 33.6% en el 12º lugar).grado), 1.8% utiliza LARC; 5.7% utiliza, parche o anillo, 22.4% de uso anticonceptivo oral, 40.8% usaron

condones, el 11,8% utiliza el método de abstinencia u otro, 15.7% no utilizado ningún método anticonceptivo, el 1,9% no estaba seguro.

En análisis ajustados, los usuarios de LARC fueron aproximadamente un 60% menos de probabilidades de usar condones en comparación con los usuarios de los anticonceptivos orales (ajustado cociente de prevalencia [aPR], 0,42; IC del 95%, 0.21-0.84). No hay diferencias significativas en el uso del condón, se observaron entre usuarios de LARC y usuarios de inyección, parche o anillo de Depo-Provera (aPR, 0,57; IC del 95%, 0.26-1.25).

Los usuarios de LARC tenían más del doble de probabilidades de tener 2 o más parejas sexuales recientes en comparación con usuarios de anticonceptivos orales (aPR, 2.61; 95% CI, 1.75-3.90) y usuarios de Depo-Provera, parches o anillos (aPR, 2.58; 95% CI, 1.17-5.67).

Como conclusión las diferencias observadas en el uso del condón pueden generar motivación, se usar condones para la prevención del embarazo de respaldo, usuarios de métodos LARC altamente efectivos, puede que ya no perciban la necesidad de condones, incluso si tienen múltiples parejas sexuales lo que los pone en riesgo de infecciones de transmisión sexual, a medida que aumenta la captación de LARC entre adolescentes, existe una clara necesidad de incorporar mensajes sobre el uso del condón específicamente para prevención de infecciones de transmisión sexual.

Se realizó un ensayo controlado aleatorio por Joseph T. F. Lau & Jinghua Li & K. C. Choi & Jing Gu, el cual evalúa la eficacia de una intervención basada en la teoría que promueve el uso del condón entre mujeres monógamas chinas, las mujeres monógamas chinas pueden contraer sexualmente enfermedades transmitidas (ETS) de su único cónyuge masculino, pero estas mujeres no tienen una alta autoeficacia negociando sobre el uso del condón con sus parejas sexuales regulares.

El objetivo fue investigar la eficacia relativa de un Intervención cognitiva conductual basada en la teoría y en la clínica, frente a una intervención de control en el aumento de la prevalencia de uso del condón con su pareja sexual masculina entre los monógamos chinos. Pacientes femeninos con enfermedades de transmisión sexual, el método se realizó con un ensayo controlado aleatorio (ECA).

Los participantes fueron asignados al azar en la intervención, todos los participantes fueron entrevistados por teléfono al inicio y a los 2 y 3 meses, después de completar la encuesta de línea de base se realizaron tres sesiones la intervención grupal, se basó en la información motivacional con el modelo de habilidades conductuales.

Participantes del grupo control recibieron folletos educativos, el resultado fue el uso constante del condón en el último mes, las conclusiones la intervención basada en la teoría mencionada fue potencialmente eficaz pero el período de seguimiento fue relativamente corto.

La motivación de prevención se refiere a aumentar la motivación personal para adoptar conductas preventivas, incluyendo el fomento de las normas sociales mejorando la vulnerabilidad percibida de la transmisión del VIH / ETS, la modificación de los costos y beneficios relacionados con el uso del condón.

Prevención habilidades de comportamiento referidas a la mejora de la persona, capacidad objetiva, así como la autoeficacia percibida en relación con adopción de conductas preventivas del VIH, como son: la capacidad de comunicarse con la pareja sexual, negociación de condón, capacidad percibida para comprar condones etc.

Para el mantenimiento del comportamiento preventivo a lo largo del tiempo, la intervención fue diseñada por un equipo de especialistas que incluyeron: un psicólogo clínico, dos psicólogos de la salud, un epidemiólogo y un investigador de salud pública, en conjunto realizaron un manual operativo estándar

CAPITULO III MÉTODO

3.1 MUESTRA

El programa se realizó con 65 participantes de segundo grado de una secundaria del municipio de Nezahualcóyotl, con edades que oscilan entre los 13 a los 15 años, nuestro grupo control consto de 30 participantes y nuestro grupo intervención fue de 35.

3.2 INSTRUMENTO

Se utilizó la Escala de Autoeficacia para Prevenir el SIDA (SEA-27) (Anexo1) diseñado por López Rosales y colaboradores, el cual por medio de preguntas cerradas tipo Likert dicotómicas que mide los aspectos relevantes de la conducta sexual, la confiabilidad Alpha de Cronbach es de 0.89. El objetivo de dicho instrumento es conocer la autoeficacia sexual en la toma de decisiones para prevenir el SIDA así como los conocimientos que se tienen acerca del uso del condón.

3.3 INTERVENCION

El programa de educación sexual para el uso correcto del condón masculino y femenino (Anexo 2) es una intervención dirigida a adolescentes entre 13 y 15 años, consto de 7 sesiones informativas con duración de una hora aproximadamente, para explicar el uso correcto de estos 2 métodos anticonceptivos así como los riesgos que conlleva mantener relaciones sexuales sin protección

En las sesiones los temas que se abordaron son: importancia del uso correcto del condón masculino y femenino en las prácticas sexuales, autoestima, ITS y beneficios del uso del condón así como los mitos y realidades del mismo, mediante técnicas de modelamiento se explicará cómo debe ser el uso correcto del condón masculino y femenino.

3.4 PROCEDIMIENTO

Una vez que se tuvo la autorización mediante un consentimiento informado (Anexo3) y un asentimiento (Anexo 4), se aplicaron los cuestionarios con el fin de conocer el grado de conocimiento que se tenía acerca del uso del condón tanto masculino como femenino, posteriormente se realizaron las sesiones.

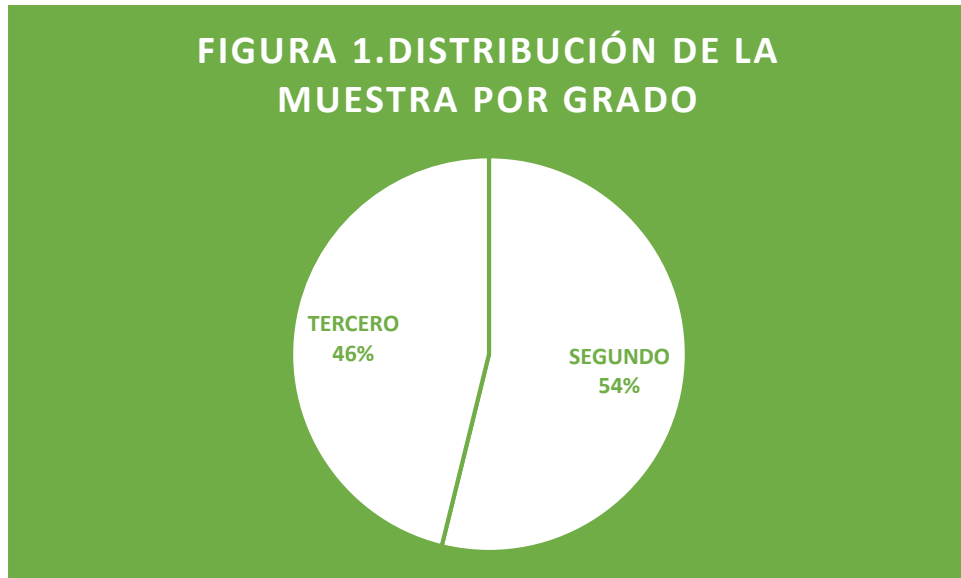
3.5 PLAN DE ANÁLISIS

Después de aplicar el instrumento en los adolescentes se capturaron los datos utilizando el programa SPSS, se analizaron haciendo una comparación entre la pre-prueba y la post-prueba en el grupo control e intervención mediante ANOVA de medidas repetidas. Por consiguiente, si el resultado de P es menor a 0.05 se aceptara la hipótesis alterna y si este valor es mayor a 0.05 se aceptara la hipótesis nula.

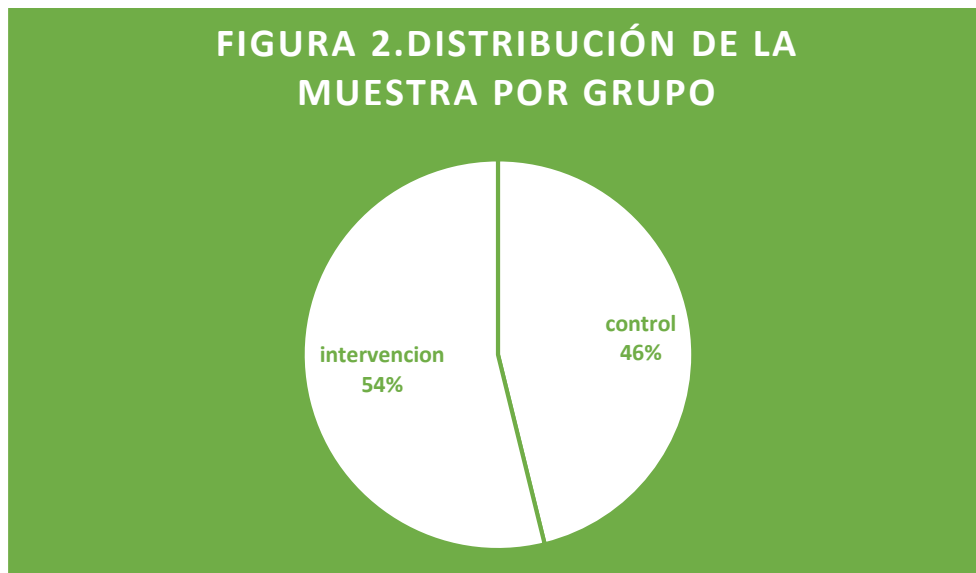
Capitulo IV RESULTADOS

Resultados descriptivos

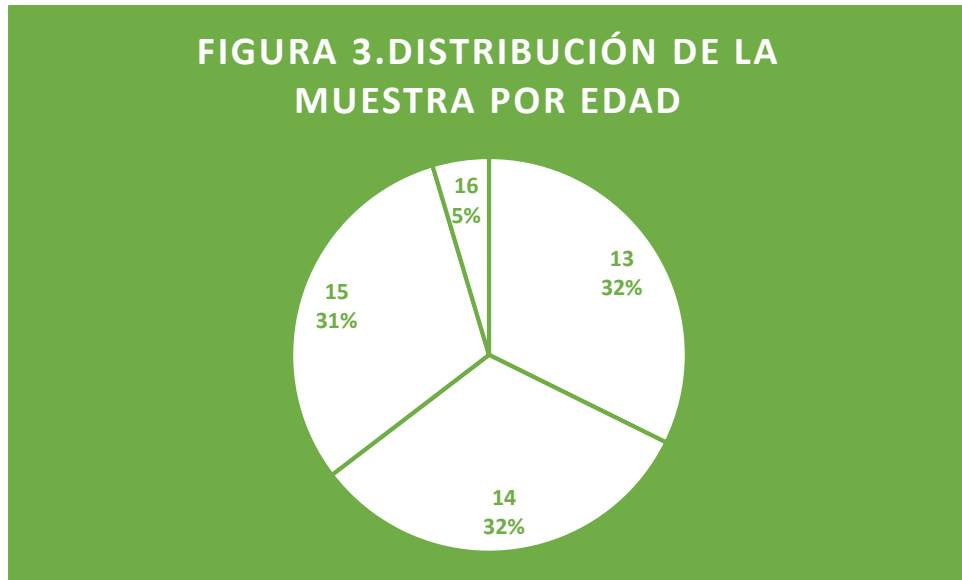
El mayor número de participantes fueron de segundo grado fig. (1)



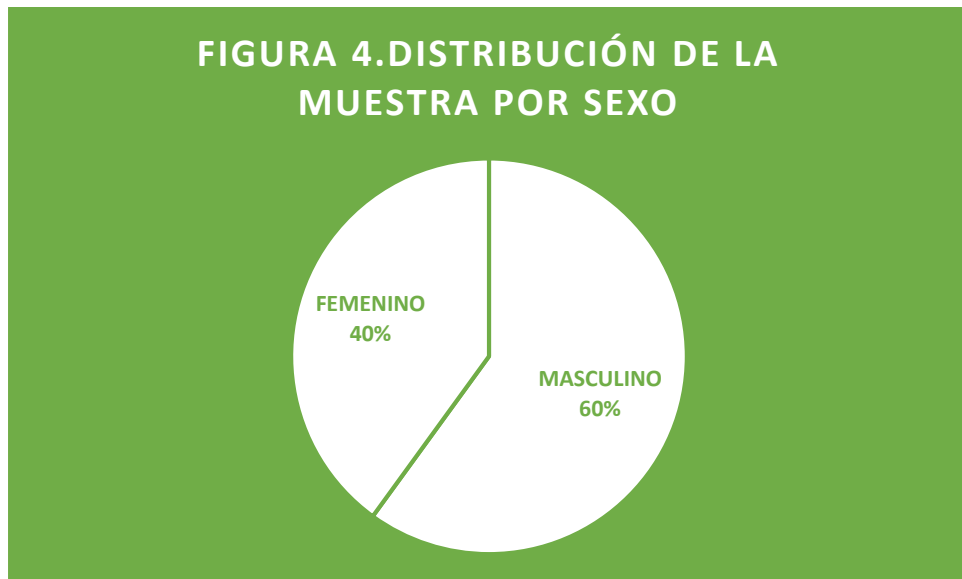
Se observa que el número de participantes para el grupo de intervención es mayor que el grupo control fig. (2)



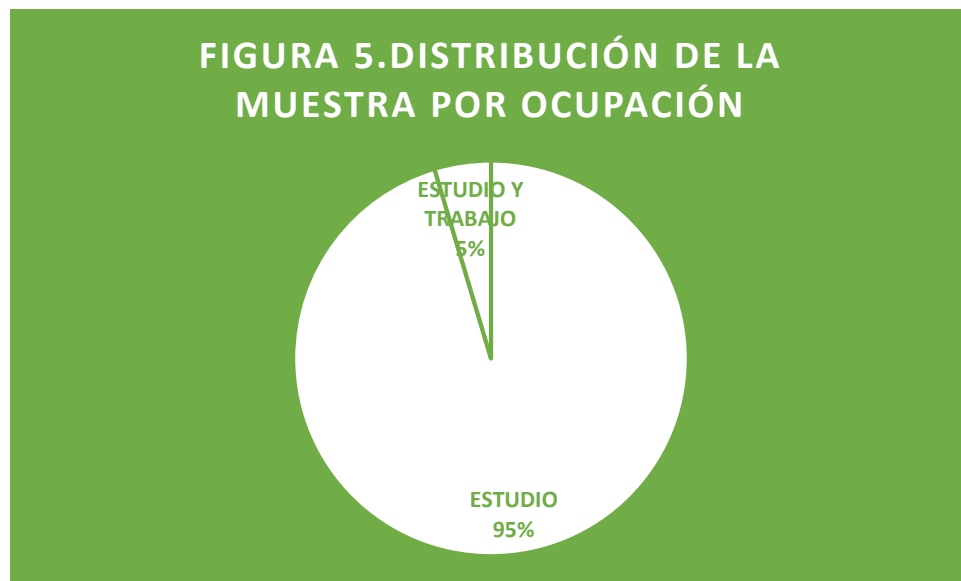
El rango de edad de los participantes es de 13 a 16 años fig. (3)



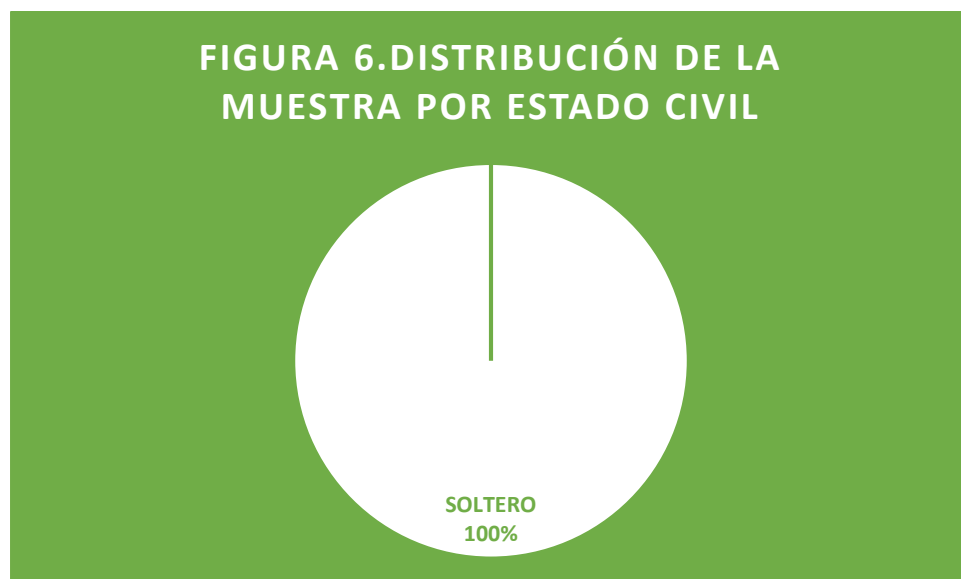
La mayoría de los participantes fueron hombres. Fig (4)



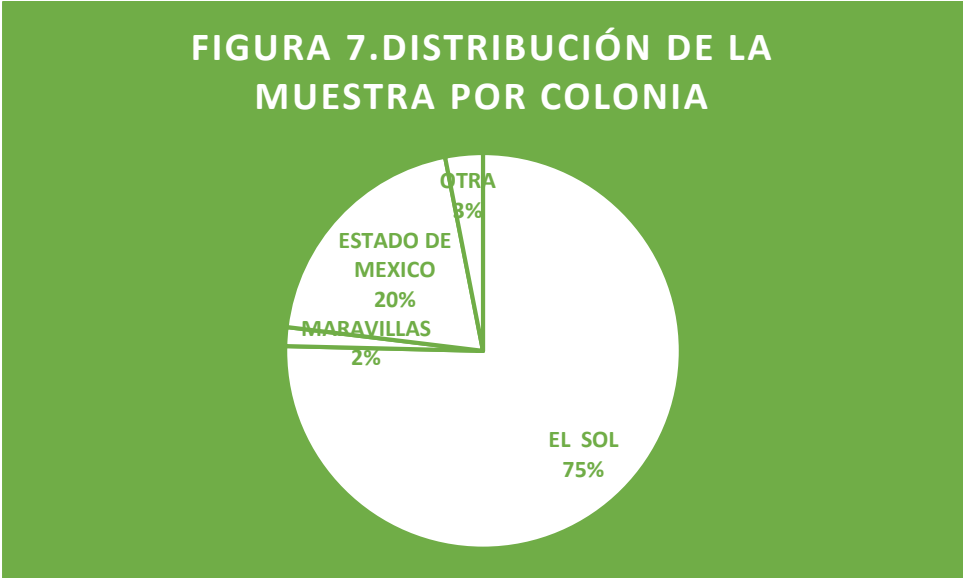
Se observa que solo una mínima parte de los participantes estudia y trabaja al mismo tiempo fig. (5)



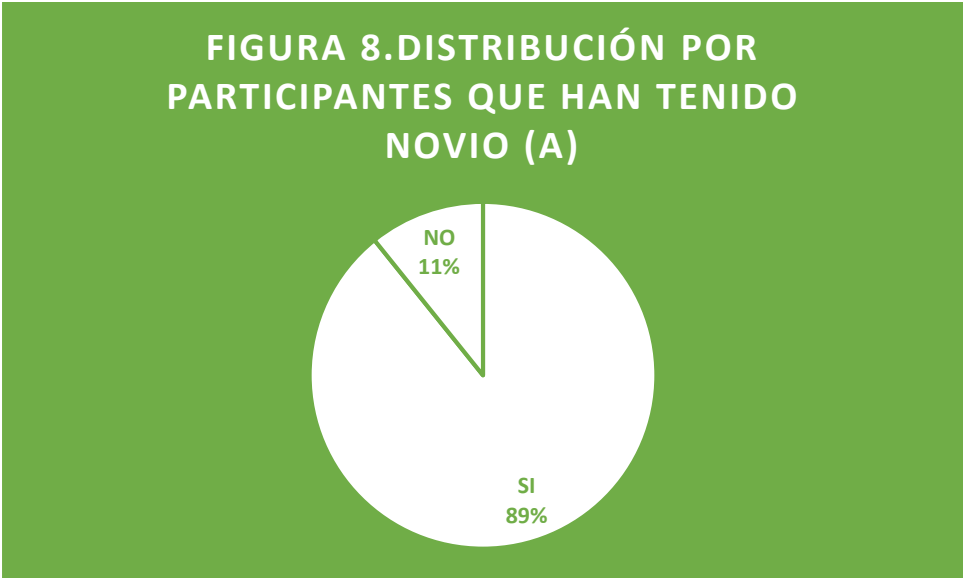
Todos los participantes son solteros fig. (6)



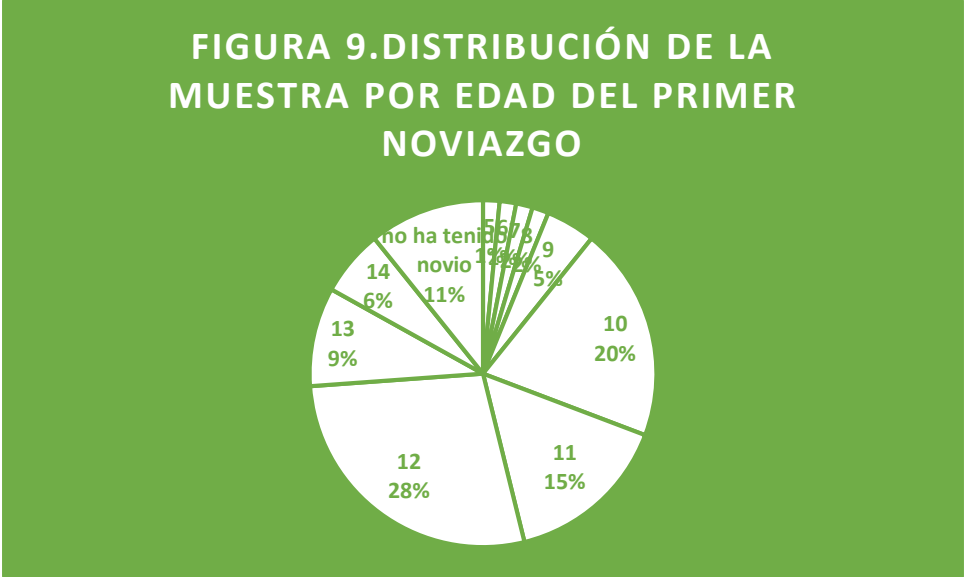
La mayor parte de los participantes viven en la colonia El sol fig. (7)



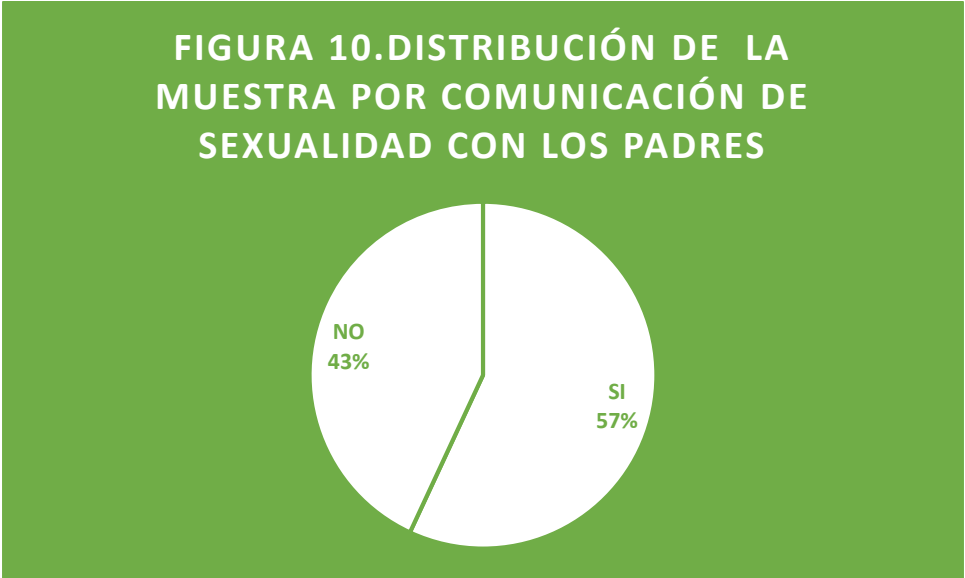
La mayor parte de los participantes ha tenido novio (a) alguna fig. (8)



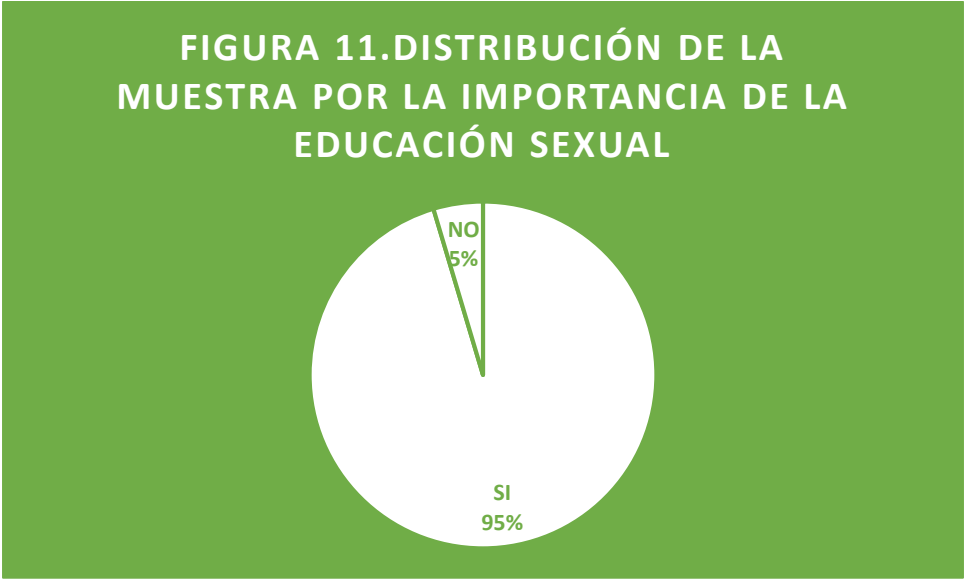
Se observa que la edad promedio en la cual los participantes tuvieron su primer novio es a los 12 años fig. (9)



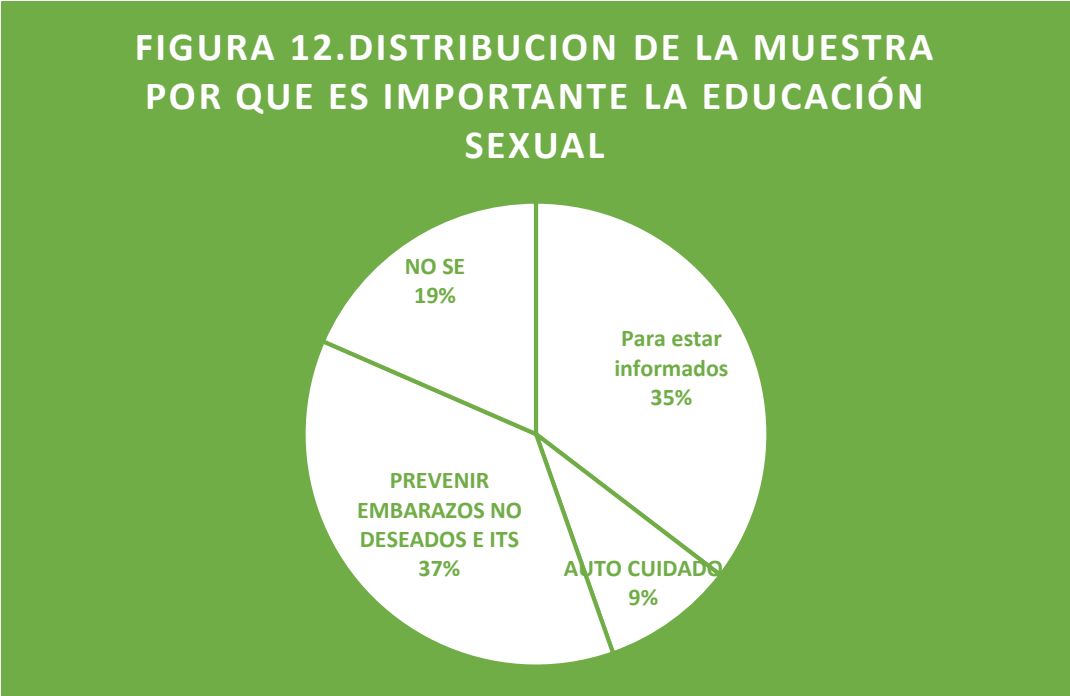
La mayoría de los participantes tienen comunicación con sus padres sobre sexualidad fig. (10)



Una mínima cantidad de participantes piensa que no es importante la educación sexual fig. (11)



La mayoría de los participantes opinan que la educación sexual es importante para prevenir embarazos e ITS. Fig. (12)



4.2 RESULTADOS INFERENCIALES

El ANOVA de medidas repetidas indago un cambio estadísticamente significativo en las preguntas: 1, 5, 7,13, 14, 17, 18, 21, 22, 24, 25, 26,27, 29, 30, 31,33,34, 36,37,38, y 41. En todos los casos el cambio fue positivo.

Tabla 2. Medidas y desviaciones estándar para el grupo control e intervención en la pre-prueba y post-prueba para la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA.

| Variable | Pre-prueba | | Post-prueba | | F | P | D |
|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|------|-----|-----|
| | Control | Intervención | Control | Intervención | | | |
| | <i>M</i> (<i>DE</i>) | <i>M</i> (<i>DE</i>) | <i>M</i> (<i>DE</i>) | <i>M</i> (<i>DE</i>) | | | |
| ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales? | | | | | | | |
| 1. Alguien conocido hace 30 días o menos | 4.57 (.57) | 4.06 (1.49) | 4.20 (.55) | 4.17 (1.07) | 4.32 | .04 | .06 |
| 2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti | 4.10 (1.12) | 4.03 (1.54) | 4.13 (1.04) | 4.17 (1.29) | .11 | .74 | .00 |
| 3. Alguien cuya historia de drogas es | 4.10 (1.12) | 4.00 (1.47) | 3.90 (.84) | 4.09 (1.40) | .66 | .42 | .01 |

| | | | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|------|-----|-----|--|
| desconocida para ti. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti | | | | | | | | |
| 4. | 3.33 | 3.60 | 3.67 | 4.06 | .18 | .67 | .00 | |
| Alguien a quien has tratado con anterioridad | (1.12) | (1.38) | (1.12) | (1.03) | | | | |
| 5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo | 3.43 | 3.51 | 3.33 | 4.06 | 3.99 | .05 | .06 | |
| | (1.25) | (1.58) | (1.18) | (1.11) | | | | |
| 6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales | 2.93 | 3.60 | 3.37 | 4.14 | .11 | .74 | .00 | |
| | (1.44) | (1.58) | (1.19) | (.94) | | | | |
| 7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti | 4.00 | 3.51 | 3.40 | 4.06 | 9.37 | .00 | .13 | |
| | (1.20) | (1.66) | (1.45) | (1.19) | | | | |
| 8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales | 3.90 | 3.83 | 3.57 | 3.86 | .93 | .34 | .01 | |
| | (1.42) | (1.71) | (1.07) | (1.44) | | | | |

| | | | | | | | |
|---|----------------|----------------|-----------------|----------------|-------|-----|-----|
| 9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol | 3.90 (1.40) | 3.77 (1.54) | 3.70 (1.29) | 3.94 (1.43) | 1.00 | .32 | .01 |
| 10. Alguien con quien has estado utilizando drogas | 3.93 (1.34) | 3.97 (1.69) | 3.57 (1.13) | 3.94 (1.43) | .75 | .39 | .01 |
| 11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto | 3.50 (1.25) | 3.46 (1.16) | 3.60 (1.169) | 3.97 (1.12) | 1.17 | .28 | .02 |
| ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de | | | | | | | |
| 12 Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga. | 4.27 (1.14) | 4.03 (1.54) | 3.97 (1.13) | 4.26 (.85) | 3.29 | .07 | .05 |
| 13. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a | 3.87 (1.17) | 3.34 (1.70) | 3.53 (1.11) | 4.26 (.89) | 15.32 | .00 | .20 |
| 14. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado | 4.07 (1.23) | 2,86 (1,57) | 3.60 (1.13) | 4.11 (1.05) | 27.96 | .00 | .31 |

| | | | | | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|-------|-----|-----|
| 15. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual | 3.73 (1.44) | 3.23 (1.73) | 3.60 (1.30) | 4.03 (1.01) | 10.18 | .00 | .14 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|-------|-----|-----|

¿Qué tan seguro estás de ser capaz de...?

| | | | | | | | |
|--|---------------|----------------|---------------|---------------|------|-----|-----|
| 16. ¿Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales? | 4.50 (.97) | 4.34 (1.33) | 4.37 (.67) | 4.57 (.74) | 2.48 | .12 | .04 |
|--|---------------|----------------|---------------|---------------|------|-----|-----|

| | | | | | | | |
|------------------------------------|---------------|----------------|---------------|---------------|-------|-----|-----|
| 18. Usar correctamente e el condón | 4.70 (.60) | 4.23 (1.26) | 4.27 (.69) | 4.54 (.78) | 11.17 | .00 | .15 |
|------------------------------------|---------------|----------------|---------------|---------------|-------|-----|-----|

| | | | | | | | |
|--|----------------|----------------|---------------|---------------|------|-----|-----|
| 19. ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol? | 4.03 (1.22) | 3.83 (1.54) | 4.10 (.84) | 4.49 (.78) | 3.78 | .06 | .06 |
|--|----------------|----------------|---------------|---------------|------|-----|-----|

| | | | | | | | |
|--|----------------|----------------|---------------|---------------|------|-----|-----|
| 20. ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga? | 3.90 (1.35) | 3.94 (1.47) | 4.03 (.96) | 4.51 (.74) | 2.03 | .16 | .03 |
|--|----------------|----------------|---------------|---------------|------|-----|-----|

(mariguana,
Resistol,
thinner)

| | | | | | | | |
|---|----------------|-----------------|---------------|---------------|-------|-----|-----|
| 21. ¿Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo? | 4.40 (1.00) | 3.91 (1.58) | 4.07 (.98) | 4.57 (.85) | 13.39 | .00 | .17 |
| 22. ¿Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón? | 4.40 (1.10) | 3.69 (1..60) | 4.23 (.77) | 4.43 (.85) | 8.69 | .00 | .12 |
| 23. ¿Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones? | 4.47 (.97) | 4.03 (1.25) | 4.17 (.83) | 4.31 (.93) | 3.58 | .06 | .05 |
| 24. ¿Acudir a la tienda a comprar condones? | 4.57 (.73) | 3.74 (1.44) | 4.07 (.69) | 4.46 (.81) | 17.73 | .00 | .22 |
| 25. ¿No tener relaciones sexuales hasta contraer | 3.67 (1.27) | 3.20 (1.59) | 3.90 (.88) | 4.17 (.92) | 4.07 | .05 | .06 |

matrimonio
?

26. 3.83 3.17 3.87 4.09 6.49 .01 .09
¿Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?

27. Platicar con tu papá sobre temas sexuales 3.83 3.20 3.70 4.29 8.49 .00 .12
(1.37) (1.76) (.99) (.99)

28. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales 3.73 3.63 4.07 4.57 2.77 .10 .04
(1.34) (1.73) (.87) (.74)

Expresa el grado de acuerdo que tengas

29. La mujer es la que debe de solicitar el uso del condón 3.67 3.14 3.83 4.23 9.89 .00 .14
(1.35) (1.54) (1.05) (1.00)

30. El hombre es el que debe de comprar los condones 4.10 3.80 3.63 4.23 7.41 .01 .10
(1.30) (1.43) (1.27) (.88)

31. El hombre es 3.23 3.00 3.47 4.17 6.04 .02 .09

| | | | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|-------|-----|-----|--|
| el responsable de la protección durante la relación sexual | (1.57) | (1.68) | (1.20) | (.95) | | | | |
| 32. La mujer debe de traer los condones. | 3.00 | 2.37 | 3.30 | 4.23 | 16.61 | .00 | .21 | |
| | (1.49) | (1.46) | (1.26) | (1.03) | | | | |
| 33. Las relaciones sexuales deben de ser espontáneas | 3.13 | 2.69 | 3.27 | 4.17 | 11.05 | .00 | .15 | |
| | (1.48) | (1.69) | (1.39) | (.92) | | | | |
| 34. El uso del condón es bueno para mi salud | 4.30 | 4.43 | 3.43 | 4.29 | 3.93 | .05 | .06 | |
| | (1.21) | (1.19) | (1.22) | (.93) | | | | |
| 35. El uso del condón disminuye la satisfacción sexual | 2.93 | 2.97 | 3.50 | 4.09 | 2.17 | .15 | .03 | |
| | (1.60) | (1.67) | (1.11) | (1.04) | | | | |
| 36. Mi situación económica me permite comprar condones | 3.83 | 3.63 | 3.30 | 4.11 | 6.85 | .01 | .10 | |
| | (1.39) | (1.52) | (1.15) | (.96) | | | | |
| 37. Las relaciones sexuales se | 3.83 | 3.23 | 3.10 | 4.03 | 17.93 | .00 | .22 | |

| | | | | | | | | |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|------|-----|-----|--|
| disfrutan más si se planifican con tiempo. | (1.21) | (1.50) | (1.37) | (.98) | | | | |
| 38. Las relaciones sexuales solo deben de tenerse con la misma persona de por vida | 3.27 (1.46) | 2.91 (1.52) | 3.27 (1.44) | 3.97 (1.04) | 8.37 | .00 | .12 | |
| 39. Prefiero arriesgarme a contraer una enfermedad , a no tener relaciones sexuales | 2.23 (1.48) | 2.40 (1.77) | 3.00 (1.39) | 3.77 (1.35) | 1.85 | .18 | .03 | |
| 40. El SIDA es algo muy difícil que me dé, aunque no me proteja | 2.77 (1.85) | 2.49 (1.72) | 3.30 (1.24) | 3.91 (1.31) | 3.77 | .06 | .06 | |
| 41. Consideras que la información que tienes sobre sexualidad es | 4.37 (.85) | 4.17 (1.38) | 3.57 (1.43) | 4.34 (.91) | 5.23 | .03 | .08 | |
| 42.- La información sobre sexualidad | 5.93 (2.30) | 5.89 (2.14) | 5.90 (2.44) | 6.23 (1.03) | .65 | .42 | .01 | |

que tienes
la obtuviste
principalme
nte de:

43.- Sobre 3.63 4.26 3.63 4.17 .03 .87 .00
qué temas
de (1.99) (2.43) (1.92) (1.71)

sexualidad
te gustaría
tener más

44.- Quién 2.03 2.03 1.00 1.40 2.29 .14 .03
te ha
proporciona (.93) (1.27) (.80) (.77)
do la

información
sobre
sexualidad
que
consideras
más
importante:

45.- Has 1.60 1.77 1.60 1.74 .85 .36 .01
tenido
relaciones (.50) (.43) (.50) (.44)
sexuales:

46.- 3.10 3.43 3.20 3.40 1.23 .27 .02
¿Utilizaste
el condón? (1.12) (1.14) (.92) (1.14)

47.- ¿A qué 62.00 79.11 64.80 76.69 1.94 .17 .03
edad fue tu
primera (43.04) (37.07) (42.61) (38.49)
relación

sexual?

48.- Tu 2.37 2.63 2.40 2.60 2.01 .16 .03
primera
relación (.81) (.73) (.81) (.74)
sexual fue:

| | | | | | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------|-----|-----|
| 49.- En qué lugar fue tu primera relación sexual: | 4.40 (3.02) | 5.80 (2.34) | 4.60 (2.99) | 5.63 (2.46) | 2.01 | .16 | .03 |
| 50.-Número de personas con las que has tenido relaciones sexuales | 57.10 (48.75) | 78.23 (39.32) | 60.00 (48.58) | 75.43 (41.24) | 2.36 | .13 | .04 |
| 51.- Actualmente si quieres tener una relación sexual | 2.30 (.88) | 2.63 (.73) | 2.40 (.81) | 2.60 (.74) | 2.19 | .14 | .03 |
| 52.- Menciona la razón principal por la cual no se usó el condón en alguna de tus relaciones sexuales (o en todas): | 4.47 (1.91) | 5.29 (1.56) | 4.57 (1.96) | 5.17 (1.65) | 1.78 | .19 | .03 |

Nota: F =ANOVA de medidas repetidas, p = significancia, d = tamaño del efecto

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar el impacto de un programa de educación sexual para fomentar el uso correcto del condón femenino y masculino en adolescentes de segundo año de secundaria.

Con respecto a los objetivos específicos se realizó un programa de educación sexual para fomentar el uso correcto del condón femenino y masculino, abordando temas como: mitos y realidades sobre sexualidad, ITS, embarazos no deseados, forma correcta del uso del condón masculino y femenino y autoestima.

Para poder realizar este programa se comenzó por aplicar una pre-prueba, en la cual se pudo observar que el inicio de la vida sexual comienza considerablemente a principios de la adolescencia, y a su vez con información deficiente para poder llevar una vida sexual con responsabilidad. La mayor parte de nuestra muestra mencionó que es importante estar informados sobre una educación sexual.

Sin embargo pudimos observar que la mayoría de los participantes antes de la investigación ya habían mantenido relaciones, pero lo habían hecho sin el uso de algún método anticonceptivo, siendo esto algo no planeado, por consiguiente podemos decir que los adolescentes mantienen relaciones sexuales por no dejar pasar la oportunidad e incluso el miedo a perder la relación sentimental.

En este sentido, Mendoza (2016) menciona que para iniciar la anticoncepción en el adolescente, se debe preparar el escenario y tener en cuenta varios aspectos, el consentimiento y protección de la confidencialidad, asesoramiento, participación del adolescente, elección de los métodos para prevención de ITS y embarazos.

Lo anterior tiene una gran relación con López (2011), los autores mencionan que la actividad sexual que comienza a principios de la adolescencia se asocia con una

mayor probabilidad de relaciones sexuales sin protección, lo que resulta en una mayor incidencia de embarazo e infecciones de transmisión sexual.

De igual forma, García, et (2012) realizaron una investigación que tuvo como objetivo profundizar en los motivos para participar en un encuentro sexual de riesgo. Los resultados obtenidos fueron que los jóvenes abusan de los aspectos físicos del encuentro sexual, tales como el placer, la excitación o el atractivo físico de la pareja, así como la limitación de recursos por ejemplo no dejar pasar una oportunidad, por el contrario, las jóvenes dan importancia a las condiciones afectivas, relacionales como motivo principal para participar en una relación sexual.

Por tal motivo los adolescentes que comienzan a tener una relación afectiva son capaces de comenzar su vida sexual en cualquier momento sin importar las consecuencias que esta pueda tener, al realizar la intervención del presente trabajo que constó de 7 sesiones informativas y dinámicas, se pudo observar un incremento de información para la toma de decisiones positivas con relación al uso correcto de preservativos durante las relaciones sexuales para evitar embarazos no deseados así como ITS, los resultados obtenidos fueron significativos para los adolescentes gracias a las dinámicas lúdicas realizadas con cada tema abordado.

En relación con lo anterior, Flores (2018) en su programa de educación sexual con enfoque en derechos humanos, menciona la importancia de incluir este tipo de intervenciones con actividades lúdicas, pues esto logra favorecer la autoconfianza y autorresponsabilidad de los adolescentes ya que de esta manera ellos podrán construir su propio pensamiento.

Por otra parte, en nuestra investigación sobre educación sexual nos dimos cuenta que los lazos familiares son fundamentales para el adolescente, es decir, que el entorno familiar puede guiar positiva o negativamente a los adolescentes en sus tomas de decisión con relación al comienzo y desarrollo de su vida sexual.

Como lo mencionan los estudios previos de Holguín et (2011), revelaron que quienes presentan un buen desempeño escolar, vínculos fuertes en la religión y un clima familiar positivo son menos propensos a comenzar el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad.

En este programa se hizo énfasis en promover y sensibilizar a los adolescentes para utilizar el uso correcto del condón masculino y femenino, haciendo hincapié que es el único método anticonceptivo que protege de embarazos no deseados así como de ITS, además que su eficacia depende de la forma en que se utiliza, el propósito de hacer énfasis en estos dos métodos anticonceptivos fue asegurar que cada adolescente se sensibilice para mantener una vida sexual sana, teniendo a su disposición la información y las herramientas adecuadas.

Al igual que Mendoza (2016), sus dos intervenciones han sido eficaces en la reducción de embarazos entre adolescentes, la abstinencia sexual y el mejor uso de anticonceptivos, con los cuales se reduce un 38% del riesgo global de embarazos, mientras un 86% de esta caída se atribuye al uso de anticonceptivos.

Entre los adolescentes de 15-17 años, 77% de la reducción del riesgo de embarazos, es atribuida al uso de anticonceptivos y 23% a la abstinencia sexual, esto ha hecho sospechar que la promoción de la abstinencia sexual no es la principal estrategia para prevenir embarazos en adolescentes, dejando a los anticonceptivos como la mejor forma de prevención.

En la presente investigación se percibió que los adolescentes al tener la suficiente información de una forma adecuada, son capaces de tomar decisiones correctas para evitar situaciones de riesgo con relación a su sexualidad, cabe mencionar que en muchas ocasiones los adolescentes están limitados para adquirir los preservativos y en el caso del condón femenino el costo llega a ser más elevado.

Asimismo, los adolescentes y adultos jóvenes pueden dejar de usar condones durante actividad sexual por varias razones, la falta de disponibilidad de condones es una barrera frecuentemente.

González, C. et (2005), en su investigación describió las características del comportamiento sexual de los adolescentes mexicanos, los resultados presentan que el 69.2% de los adolescentes, refirió conocer al menos un método de control de la fecundidad, el 16.4% mencionó haber tenido relaciones sexuales, sólo 37% de los adolescentes usaron algún método anticonceptivo en la primera relación sexual.

El análisis mostró que los adolescentes del sexo masculino, de mayor escolaridad, eran quienes poseían información de algún método anticonceptivo y usar anticonceptivos en su primera relación sexual, en este estudio se puede observar que el grado de escolaridad influye para que los adolescentes tengan conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, por lo que podemos inferir que la mayor información la reciben en la escuela y no por parte de los padres, sin embargo a pesar de tener conocimiento sobre esto solo la mitad uso un método anticonceptivo en su primera relación sexual.

De esta forma nos damos cuenta que la educación sexual proveniente de los padres debería ser la más significativa y sustancial para los adolescentes, cabe mencionar que la comunicación entre padres y adolescentes es fundamental ya que de esta manera el adolescente puede expresar emociones, ideas y la resolución de dudas o problemas que pudiera llegar a tener.

Con referencia a lo anterior, Cariconte (2008) realizó una investigación, cuyo objetivo fue estimular la reflexión entre los padres y madres sobre conocimientos, prácticas y actitudes sexuales para orientar a sus hijos en el aprendizaje de su sexualidad, el método de investigación que utilizó la autora fue de acción participativa, esto permitió afirmar que los padres y madres de la comunidad poseen deficiente y distorsionada información sexual.

Así mismo Gutiérrez (2019) en su investigación sobre la postergación de la primera relación sexual realizada con adolescentes, afirma que resulta un reto hablar de sexualidad con los adolescentes, así como también lo es hablar con los padres, pero gracias a esta investigación como muchas otras, podemos darnos cuenta que si se interviene con la población ya sea con adolescentes y/o madres/padres de familia, se puede lograr un avance considerable en cuanto a fomentar la abstinencia, especialmente cuando el que aplica el programa de intervención es un educador para la salud.

En este sentido, se pudo observar que gracias a la labor multidisciplinaria del educador para la salud, se tuvo un cambio positivo en los adolescentes, al realizar el programa estructurado conforme a las necesidades de estos e implementado en un ambiente de confianza y respeto.

Por consiguiente, el educador para la salud es capaz de estructurar un programa dirigido a los padres de familia con la finalidad de brindar información y conocimientos que puedan transmitir a sus hijos adolescentes con relación a su sexualidad, esto con la finalidad de formar adolescentes responsables en la toma de decisiones al comienzo de una vida sexual, evitando embarazos no deseados que pudieran llegar a truncar su desarrollo tanto académico, psicológico y en el caso de las mujeres riesgoso para su salud, así mismo prevenir ITS puesto que a lo largo del programa nos dimos cuenta que carecen de esta información, teniendo conocimiento solo de las ITS más comunes.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

En la presente investigación se observó que los adolescentes que participaron en el grupo con intervención en el programa de *educación sexual para el uso correcto del condón masculino y femenino*, incrementaron de manera significativa sus conocimientos para la eficacia de estos métodos, así también se observó un cambio con respecto en la toma de decisiones al momento de mantener relaciones sexuales.

Debemos considerar la educación sexual como un tema fundamental no solamente en las instituciones educativas si no desde el ámbito familiar, ya que si se tiene una educación sexual correcta desde una edad temprana es más factible formar adolescentes responsables sobre su vida sexual.

Es por eso que la educación sexual y por consiguiente, los programas elaborados por educadores para la salud, deberían llevarse a cabo no solo en las escuelas secundarias si no en todas las primarias, pues cabe mencionar que en este nivel se hace énfasis en temas no menos importantes como: alimentación, pediculosis, actividad física, por mencionar algunos, pero conforme a las estadísticas de embarazos adolescente e infecciones de transmisión sexual, se debería tener una educación sexual más prominente para evitar factores de riesgo.

Es importante mencionar que en las secundarias existen profesores encargados de impartir temas sobre sexualidad, la problemática en este punto es que lo hacen de una forma trivial y presurosa, la cual no resulta de interés para el adolescente y a su vez es confusa, es decir el resultado es un aprendizaje no significativo.

En este programa se hizo énfasis en el uso correcto de condón masculino y femenino, para los adolescentes el conocer físicamente un condón es para ellos saber utilizarlo, pero pudimos corroborar que se tienen dificultades al utilizarlo y esto

da como resultado una menor eficacia en su uso, en esta parte es importante mencionar que los adolescentes desconocían el condón femenino y su uso, pero gracias a las intervenciones realizadas, la información y dinámicas fueron fructíferas dando un resultado positivo.

Cabe resaltar que el educador para la salud gracias a su formación académica multidisciplinaria, es un experto en proponer, gestionar y llevar a cabo programas para informar, formar y transformar estilos de vida, esto con la finalidad de conservar la salud, física, psicológica y social del ser humano, esto con estrategias diseñadas para las necesidades de cada población.

Este trabajo realizado resulto satisfactorio y estadísticamente favorable, en cuanto a la respuesta de los adolescentes, en cada sesión mostraron un gran avance pues en un principio se pudieron observar tímidos, esto por el que dirán o las burlas que entre compañeros pudiera existir al realizar una pregunta con relación a los temas de sexualidad, gracias a las actividades que se realizaron dentro del aula se pudo ir observando un cambio paulatino en la actitud de los adolescentes tornándolo a un ambiente de respeto, confianza e interés por conocer y no quedarse con las dudas que ellos tenían.

Es por eso la importancia de estas actividades lúdicas para los adolescentes para así poder lograr autoconfianza, respeto y sobre todo toma de decisiones a corto mediano y largo plazo, de aquí la importancia para que dentro de este tipo de programas se incluyan temas como son autoestima y plan de vida.

A pesar de los buenos resultados de nuestro programa, cabe mencionar que durante la intervención en la institución, también se nos presentaron algunas dificultades para no poder llevar acabo las actividades de la forma planeada.

Algunas de las limitaciones que se tuvieron dentro del programa, fueron que el número de participantes por grupo era pequeño y la institución no permitía trabajar

con más de dos grupos a la vez, esto porque interfería en sus clases que se tenían con otro profesor, el espacio de los salones es reducido y al realizar algunas dinámicas, los alumnos no podían realizarlas al cien por ciento como se debía.

Otra limitación que tuvimos es que no se cuenta con proyector para la presentación de algunos temas y actividades, en este caso nosotros tuvimos que conseguir el proyector y bocinas para poder darles una sesión de calidad y que resultara relevante para los adolescentes.

Al realizar las sesiones la mayoría de las veces se encontraba presente el profesor que tenían a esa hora, y nos reducía el tiempo de la intervención para dejarles tarea para su materia, por tal motivo los alumnos se llegaban a cohibir o incluso llegaban a pensar que las actividades tendrían alguna calificación para esa materia.

Una dificultad no menos importante al inicio de la investigación, fue que algunos padres no estaban totalmente de acuerdo con la información que se les daría a sus hijos, pues ellos expresaron que al hablar de sexualidad y métodos anticonceptivos, el resultado sería que los adolescentes tuvieran la curiosidad por mantener relaciones sexuales.

Con respecto a lo anterior para la lograr una mayor eficacia en las intervenciones educativas se recomienda para futuros estudios:

- Que todos los grupos recibieran este tipo de programa, si no se pudiera hacer en el mismo horario, poder ajustarlo para que de esta manera quedaran excluidos las intervenciones.
- Dar mayor importancia a los temas de sexualidad con relación a la adolescencia.
- Facilitar espacios y materiales con los que las instituciones deben contar para impartir las clases y en este caso sesiones informativas y lúdicas.
- La institución debe mantener informados a los profesores de las actividades que durante el programa se realizaran, esto con el fin de dar la oportunidad

a que los educadores para la salud disponga del tiempo establecido para cada sesión.

- Impartir una plática informativa para los padres de familia en la cual estén enterados de una manera más amplia sobre los temas y la finalidad de las intervenciones, de esta manera, es más fácil que autoricen la participación de sus hijos.

Para finalizar conviene subrayar que el trabajo realizado como educadora para la salud con adolescentes, resultó altamente satisfactorio, ya que este programa se estructuró en base a las necesidades que en la actualidad se tiene, la mayor parte de las sesiones se mantuvieron interesados y con disponibilidad para realizar las actividades establecidas, dando así un resultado altamente positivo.

REFERENCIAS

Anticoncepción de Emergencia (2018). *El condón*. Consultado en: http://icmer.org/wp_ae/preservativo-o-condon-masculino/

Asociación Mexicana para la Salud Sexual (2000). *Definiciones Básicas*. Consultado en: <https://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas/>

Calvopiña, A. (2013). *La información sobre educación sexual y la vida sexual de los adolescentes del segundo año de bachillerato químico biólogo del Instituto Tecnológico Superior María Natalia Vaca* (Tesis de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.

Caricote, E.A. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes *Educere*, 12(40), 79-87.

Chacon-Quesada, T., Corrales-Gonzalez, D., Garbanzo-Nuñez, D., Gutierrez-Yglesias, J. A., Hernandez-Sandi, A., Lobo-Arroya, A... Ventura-Montoya, S. (2009). ITS y sida en adolescentes: descripción, prevención y marco legal *Medicina Legal de Costa Rica*, 26(2), 79-98.

Chávez, A. (2016). *Educación sexual integral: Una propuesta aplicada a un grupo de adolescentes* (Tesina para obtener el título de Licenciada en Psicología Social). Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Consejo Nacional de Población (2014). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Consultado en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/1/images/ENAP_EA_V10.pdf

Consejo Nacional de Población (2015). *ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE*. Consultado en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232448/1_ENAPEA_Reu_Extraordinaria_MMT.pdf

García, R. D., Canino, J. A., Cruz, M., Barbé, A. y García, M. (2014). Infecciones de transmisión sexual: intervención educativa en adolescentes de una escuela de enseñanza técnica profesional. *Medwave*, 14(1) 1-8

De Jesús, D. Y González, E. (2014). Elementos teóricos para el análisis de embarazo adolescente. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, (17), 98-123.

Dorina, S. (2005). Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Revista del Instituto de Neurociencias Buenos Aires* 5, 22-37.

EcuRed (2012). *Prevención*. Consultado en: <https://www.ecured.cu/Prevencion>

Escamilla, M.L. y Guzmán, R.M. (2017). Educación Sexual En México ¿Misión de la casa o de la Escuela? *Boletín Científico de Ciencias de la Salud*. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, 5(10).

Flores, V. (2018). *Programa de Educación sexual con Enfoque en Derechos Humanos*. (Tesis de Licenciatura en Educación para la Salud). Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Fondo de la Población de las Naciones Unidas (2016). *Educación sexual integral*. Consultado en : <https://www.unfpa.org/es/educacion-sexual-integral>

Fondo de las Naciones unidas para la Infancia (2011). *Aplicando Género. Rescatado* de:

https://www.unicef.org/honduras/Aplicando_genero_agua_saneamiento.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011). *La adolescencia: una época de oportunidades*. Consultado en: [https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF - Estado Mundial de la Infancia 2011 - La adolescencia una época de oportunidades.pdf](https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf)

Fuentes, L. (2011). *Teoría sobre el riesgo en las prácticas sexuales de los y las adolescentes: una mirada desde la complejidad*. (Trabajo para optar al Título de Doctora en Ciencias Médicas). Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, Valencia.

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

García, N. (2018). *“Sexualidad responsable: taller para adolescentes en el cuidado del cuerpo y la prevención del embarazo no intencional, en la Escuela Preparatoria No. 2 Plantel Nezahualcóyotl de la UAEMéX”* (Tesis para obtener el diploma de especialista en género, violencia y políticas públicas) Facultad De Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Garduño, V. (2018). Educación sexual: una polémica persistente. *Revista RED* (11), 24-47

González, C., Rojas, R., Hernández, M.I. Y Olaiz, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA. *Salud Pública México* 47,209-218.

González, M.A., Blanco, M.E., Ramos, G., Martínez, G., Rodríguez, Y. Y Jordán, M. (2018). Educación en infecciones de transmisión sexual desde la adolescencia temprana: necesidad incuestionable. *Revista Médica Electrónica*, 40 (3), 768-783.

Gutiérrez, D. Y. (2019). *Programa para fomentar la postergación de la vida sexual activa a temprana edad en estudiantes de secundaria*. (Tesis de Licenciatura en Educación para la Salud). Universidad Autónoma Del Estado de México, México.

Hernández-Martínez, A., García-Serrano, I., Simón-Hernández, M., Coy-Auñón, R., García-Fernández, A. M., Liante-Peñarrubia, E.,...Mateos-Ramos, A. (2009). Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos. *Enfermería Clínica*, 19(3), 121–128.

Holguín, Y.P., Mendoza, L.A., Esquivel, C.M., Sánchez R., Daraviña, A.F. Y Acuña, M. (2013) Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*, 78(3), 209 – 219.

Instituto Nacional de la Mujer (2019). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Gobierno de México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

Juárez, F. y Gayet, C. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Papeles de Población* 11(45), 177-219

Lameiras, M., Rico, M. C., Carrera, M.V., Failde, J.M., Núñez, A.M. (2011). Evaluación del Uso del Preservativo Femenino Promovido desde un Programa de Educación para la Salud: un enfoque cualitativo. *Saúde e Sociedade* 20 (2), 410-424.

León, A. (2007). Qué es la educación. *Educere* 11(39), 595-604.

López, Y. (2011). Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. *Revista Cubana de Enfermería* 27(4), 337-350.

Medline plus (2017). *Condomes Masculinos*. Consultado en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004001.htm>

Mendoza, L.A., Claros, D.I. Y Peñaranda, C.B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 81(3), 243 – 253.

Menéndez, E.G., Navas, I., Hidalgo, Y. y Espert, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología* 38 (3), 333-342.

Mmbaga, E. J., Kajula, L., Aarø, L. E., Kilonzo, M., Wubs, A. G., Eggers, S. M... Kaaya, S. (2017). Effect of the PREPARE intervention on sexual initiation and condom use among adolescents aged 12–14: a cluster randomised controlled trial in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Public Health*, 17(1).

Onmeda (2016). *Preservativo (condón): Historia*. Rescatado de: <https://www.onmeda.es/anticoncepcion/preservativo.html>

Organización Mundial de la Salud (1993). *Desarrollo en la adolescencia*. Consultado en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud (2006). *Constitución de la organización Mundial de la salud*. Consultado en: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2010). *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes*. Consultado en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>

Psicoactiva (2016). *La Teoría del Aprendizaje Social de Bandura*. Consultado en: <https://www.psicoactiva.com/blog/la-teoria-del-aprendizaje-social-bandura/>

Real Academia de la Lengua Española (2017). *Diccionario de la Lengua Española*. Consultado en: <https://dle.rae.es/?id=EN8xffh>

Robles, M. (2015). Historia de la educación sexual en México. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 6(1), 78-83.

Rodríguez, G. (2004). Treinta años de educación sexual en México. En: Mícher, M. L. (ed.). *Población, desarrollo y salud sexual y reproductiva*. México: Cámara de Diputados Congreso de la Unión LIX Legislatura, pp.13-28.

Rodríguez, A., Sanabria, G., Contreras, M. A. y Perdomo, 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, R., de Castro, F., Villalobos, A., Allen-Leigh, B., Romero, M., Braverman-Bronstein A. y Uribe, P. (2017) Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud Pública*, 59, 19-27.

Secretaría de Educación Pública (2016). *Agenda sectorial para la educación integral en sexualidad con énfasis en la prevención de embarazos en adolescentes*. Consultado en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/230821/8_Acciones_SEP_Dra_Silvia_Ramirez.pdf

Secretaria de Salud (2015), *Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018*. Consultado en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-accion-especifico-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes-2013-2018-10072>

Steiner, R. J., Liddon, N., Swartzendruber, A. L., Rasberry, C. N., y Sales, J. M. (2016). Long-Acting Reversible Contraception and Condom Use Among Female US High School Students. *JAMA Pediatrics*, 170(5), 428-434.

Thimeos, J. A. (2013). *Educación sexual preventiva en adolescentes*. Tesis doctoral en Educación sexual. Facultad de Educación UNED, España.

Tingey, L., Chambers, R., Rosenstock, S., Lee, A., Gokilish, N. Y Larzelere, F. (2016). The Impact of a Sexual and Reproductive Health Intervention for American Indian Adolescents on Predictors of Condom Use Intention. *Journal of Adolescent Health*, 60 (3) ,284-291.

Ulanowicz, M.G.,Parra, K.E., Wendler, G.E. y Monzón L.T. (2006). Riesgos en el embarazo adolescente, *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina* 153, 13-17.

Ulibarri, M. D., Strathdee, S. A., Lozada, R., Staines-Orozco, H. S., Abramovitz, D., Semple, S., Patterson, T. L. (2012). Condom use among female sex workers and their non-commercial partners: effects of a sexual risk intervention in two Mexican cities. *International Journal of STD & AIDS*, 23(4), 229–234.

Uribe, P. (1994). El condón femenino una nueva alternativa. *Revista de cultura científica*, 33, 56-63.

Vázquez, A.L. Y Suárez, N. (2005). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunducacán. *Horizonte Sanitario* 5(2), 8-25.

Villalobos A.M. (1999). Desarrollo psicosexual. *Adolescencia y Salud* 1(1), Consultado en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100011

Yarber, W. L., Milhausen, R. R., Beavers, K. A., Ryan, R., Sullivan, M. J., Vanterpool, K. B.,... Crosby, R. A. (2018). A pilot test of a self-guided, home-based intervention to improve condom-related sexual experiences, attitudes, and behaviors among young women. *Journal of American College Health*, 66(5), 421–428.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario

FOLIO:

GRADO: GRUPO:

EDAD:

SEXO:

OCUPACION:

ESTADO CIVIL:

COLONIA:

HAS TENIDO NOVIO(A): SI NO

A LOS CUANTOS AÑOS TUVISTE TU PRIMER NOVIO(A):

HABLAS SOBRE TEMAS DE SEXUALIDAD CON TUS PADRES: SI NO

¿CREES QUE ES IMPORTANTE LA EDUCACION SEXUAL? SI NO POR QUE:

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a marcar con una "X" el grado de seguridad que creas tener: Nada (1), Algo (2), Medio (3), Muy (4) y Total (5)

| A) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales? | NADA | ALGO | MEDIO | MUY | TOTALMENTE |
|---|--------|--------|--------|--------|------------|
| | SEGURO | SEGURO | SEGURO | SEGURO | SEGURO |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Alguien conocido hace 30 días o menos | | | | | |
| 2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti | | | | | |
| 3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti | | | | | |
| 4. Alguien a quien has tratado con anterioridad. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo. | | | | | |
| 6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales | | | | | |
| 7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti | | | | | |
| 8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales | | | | | |
| 9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol | | | | | |
| 10. Alguien con quien has estado utilizando drogas | | | | | |
| 11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto | | | | | |
| B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de | | | | | |
| 12. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga. | | | | | |
| 13. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a | | | | | |
| 14. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 15. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual | | | | | |
| C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de.... | | | | | |
| 16. ¿Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales? | | | | | |
| 18. ¿Usar correctamente el condón? | | | | | |
| 19. ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol? | | | | | |
| 20. ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga? (mariguana, Resistol, thinner) | | | | | |
| 21. ¿Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo? | | | | | |
| 22. ¿Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón? | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 23. ¿Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones? | | | | | |
| 24. ¿Acudir a la tienda a comprar condones? | | | | | |
| 25. ¿No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio? | | | | | |
| 26. ¿Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida? | | | | | |
| 27. Platicar con tu papá sobre temas sexuales | | | | | |
| 28. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales | | | | | |
| D) Expresa el grado de acuerdo que tengas | | | | | |
| 29. La mujer es la que debe de solicitar el uso del condón | | | | | |
| 30. El hombre es el que debe de comprar los condones. | | | | | |
| 31. El hombre es el responsable de la protección durante la relación sexual | | | | | |
| 32. La mujer debe de traer los condones. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 33. Las relaciones sexuales deben de ser espontáneas | | | | | |
| 34. El uso del condón es bueno para mi salud | | | | | |
| 35. El uso del condón disminuye la satisfacción sexual | | | | | |
| 36. Mi situación económica me permite comprar condones. | | | | | |
| 37. Las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifican con tiempo. | | | | | |
| 38. Las relaciones sexuales solo deben de tenerse con la misma persona de por vida | | | | | |
| 39. Prefiero arriesgarme a contraer una enfermedad, a no tener relaciones sexuales | | | | | |
| 40. El SIDA es algo muy difícil que me dé, aunque no me proteja | | | | | |
| 41. Consideras que la información que tienes sobre sexualidad es | | | | | |

42.- La información sobre sexualidad que tienes la obtuviste principalmente de:
(marca sólo aquella que consideres las más importantes)

A) Amigos B) Libros C) Revistas D) Periódicos E) Televisión F) Escuela G) Papá H) Mamá

43.- Sobre qué temas de sexualidad te gustaría tener más información _____

44.- Quién te ha proporcionado la información sobre sexualidad que consideras más importante:

45.- Has tenido relaciones sexuales: SI NO

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

46.- ¿Utilizaste el condón? Si NO AVECES

47.- ¿A qué edad fue tu primera relación sexual? ____ Años

48.- Tu primera relación sexual fue: Algo que planeaste Algo no planeado

49.- En qué lugar fue tu primera relación sexual:

A) En una casa B) En un auto C) En un hotel D) En despoblado E) En la calle
D) Otro ¿Cuál? _____

50.-Número de personas con las que has tenido relaciones sexuales: _____

51.-Actualmente si quieres tener una relación sexual:

A) Tratas de planear el lugar, la situación y los detalles.

B) Dejas que todo suceda de forma natural y espontánea.

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

**ANEXO 2
MANUAL**



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM NEZAHUALCOYOTL**

LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

MANUAL

**“PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA EL USO CORRECTO DEL
CONDON MASCULINO Y FEMENINO”**



**ELABORADO POR:
ROCIO REYES RANGEL**



**ASESOR:
DOC. ESTEBAN JAIME CAMACHO RUIZ**

**MANUAL PARA PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL SOBRE LA
IMPORTANCIA DEL USO CORRECTO DEL CONDÓN MASCULINO Y
FEMENINO, PARA ALUMNOS DE SECUNDARIA.**

El presente Manual tiene como objetivo implementar una serie de sesiones, las cuales tiene como propósito Informar a la población adolescente el uso correcto del condón masculino y femenino.

Se abordarán temas como son: la importancia del uso del condón masculino y femenino en las prácticas sexuales, mitos y realidades sobre su uso, así como la aclaración de dudas que se tienen al respecto de estos métodos anticonceptivos, mediante técnicas de modelamiento se explicará cómo debe ser el uso correcto del condón masculino y femenino.

SESION 1

TEMA: ¿Qué es la educación sexual?

SUBTEMA: La educación sexual es para todos.

OBJETIVO GENERAL: Enseñar que es la educación sexual

OBJETIVO ESPECIFICO: Explicar las ventajas de tener una educación sexual a tiempo.

DESARROLLO:

Al comenzar la sesión la educadora para la salud debe presentarse ante el grupo dando un panorama general de los objetivos que se pretenden alcanzar con la sesión, los alumnos deberán presentarse uno a uno para generar un ambiente de confianza, es necesario mencionar al grupo la importancia de mantener el respeto entre compañeros y también para la educadora, así como para los diferentes puntos de vista que cada uno pudiera tener.

Como primer punto la educadora va a colocar en el pizarrón un letrero hecho de hojas de color con la frase “Educación sexual”, seguido de esto entregara a los alumnos media hoja en la cual pedirá que escriban que es para ellos la educación sexual así como los temas que saben en relación a esto.

Voluntariamente los alumnos comenzaran a pasar al frente y compartirán lo que escribieron, al mismo tiempo pegaran la hoja debajo del letrero para comenzar a realizar una lluvia de ideas, para esta actividad es importante motivar a los alumnos a compartir sus ideas, mientras más hojas pasen a pegar mayor será la información que la educadora obtendrá para así poder realizar actividades posteriores.

Al terminar la actividad anterior la educadora les dará la definición de la educación sexual y al mismo tiempo colocara alrededor de la lluvia antes realizada, algunas palabras clave como son: sexo, información, sexualidad, métodos anticonceptivos, cultura valores, embarazo, genero, ITS, decisiones etc.

La definición que se les dará a los alumnos es la siguiente información: la educación sexual ayuda a las personas a obtener la información, las herramientas y la

motivación necesarias para tomar decisiones saludables sobre el sexo y la sexualidad.

La Educación Sexual Integral es el conjunto de actividades que se realizan en la escuela, instituciones públicas y/o privadas así como en nuestros hogares por medio de nuestros padres, esto para que los chicos y las chicas, de acuerdo a sus edades, aprendan a conocer su propio cuerpo, asumir valores y actitudes responsables relacionadas con la sexualidad, conocer y respetar el derecho a la identidad, la no discriminación y el buen trato.

Es de gran importancia que todas las personas cuenten con una educación sexual ya que gracias a esta las personas y principalmente los adolescentes serán capaces de:

- Expresar sus emociones y sentimientos.
- Decidir con libertad y responsabilidad cuándo iniciar las relaciones sexuales y con quién.
- Evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.
- Conocer el derecho de las adolescentes.
- Respetar la diversidad sexual y rechazar toda forma de discriminación.
- Construir un análisis crítico sobre los mensajes cotidianos sobre la sexualidad (televisión, internet, chistes).
- Saber a quién acudir en caso de violencia sexual.

Al terminar esta plática informativa la educadora debe preguntar al grupo si existe alguna duda o quisieran aportar algo con respecto a lo antes mencionado, se dará un tiempo para contestar dudas si es que así lo requieren.

CIERRE:

Para finalizar la educadora agradecerá por la atención prestada y también pedirá que el orden que se mantuvo en el grupo siga así para sesiones posteriores

SESION 2

TEMA: Definición de palabras y términos utilizados en la sexualidad.

SUBTEMA: “No te confundas”.

OBJETIVO GENERAL: Enseñar la correcta definición de las palabras y términos utilizados en temas de sexualidad.

OBJETIVO ESPECIFICO: Explicar cada uno de los términos utilizados para una buena comprensión en temas de educación sexual.

DESARROLLO: Al comenzar la sesión la educadora para la salud saludará a los alumnos y de forma respetuosa, pedirá que acomoden las bancas en forma de media luna, esto con la finalidad de que todos vean de igual forma la actividad que se realizará.

Una vez acomodados la educadora realizará una sesión de participaciones en forma de retroalimentación de las actividades y lo aprendido en la sesión anterior, al terminar esta sesión la educadora comenzara a tener una plática con los alumnos, preguntando quien sabe lo que significan las siguientes `palabras: Sexo, genero, identidad de género, sexualidad, vinculación afectiva, erotismo, relaciones sexuales, sexo seguro, sexo protegido, coito, y orientación sexual.

Después de haber escuchado a los alumnos la educadora comenzara a explicar cada una de las palabras antes preguntadas, para esta actividad antes de dar la definición de cada palabra colocara en el pizarrón o en la pared la palabra impresa en una hoja tamaño carta.

A continuación se presentan las palabras con las definiciones que se utilizaran para esta actividad:

SEXO: Se define por los componentes biológicos, es decir por el aparato reproductor, en el caso de los hombres es el pene y mujeres mamas, ovarios, y vagina.

GENERO: componentes sociales y como debemos vernos ante la sociedad como son las características afectivas, emocionales etc.

ORIENTACIÓN SEXUAL: Se refiere a la atracción que se tiene ya sea a hombres o mujeres, estos se pueden dividir en heterosexuales, homosexuales y bisexuales.

IDENTIDAD DE GÉNERO: Hace alusión al grado en que cada persona se identifica como masculino o femenino.

SEXUALIDAD: (no es igual a sexo) Conjunto de características físicas y psicológicas propias de cada sexo., es todo lo que tú eres y todo lo que te gusta hacer, conjunto de actividades y comportamientos relacionados con el placer sexual. (Como te expresas, como te sientes etc.).

EROTISMO: Es la capacidad humana de experimentar, percibir sensaciones como excitación sexual, orgasmo, deseo sexual etc.

VINCULACIÓN AFECTIVA: Es la capacidad de establecer lazos con otras personas que se construyen y mantienen mediante los sentimientos.

RELACIONES SEXUALES: Son las acciones que se realizan entre 2 o más personas con la finalidad de obtener placer (caricias, besos, abrazos, juegos sexuales, la masturbación etc.).

COITO: Acto sexual en donde hay penetración de pene en vagina o ano.

SEXO SEGURO: No existen intercambio de fluidos corporales como son: semen, sangre o fluidos vaginales, aquí solo se presentan caricias, besos, masajes etc.

SEXO PROTEGIDO: Relación sexual que por medio de una barrera mecánica, como el condón de látex, guantes de látex, láminas de látex, etcétera, previene el contagio del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

Al terminar de dar las definiciones la educadora para la salud tendrá que realizar una ronda de preguntas, dudas o comentarios con referencia a lo antes explicado, a continuación todos los alumnos tendrán que cambiarse de lugar y posteriormente la educadora entregará una hoja con la actividad: relación de columnas en el cual se encontrarán las palabras y definiciones, los alumnos deberán contestarlo para reforzar lo antes enseñado.

Al terminar de contestar la actividad antes mencionada, se procederá a que los alumnos cambien su hoja con otro compañero para calificar los aciertos obtenidos, la educadora debe leer cada uno de los puntos y a su vez dará la respuesta correcta.

CIERRE:

La educadora pedirá a los alumnos regresen las hojas al alumno que corresponda y pasen al lugar que les corresponde, también pedirá que en forma ordenada acomoden las bancas en filas como estaban antes de iniciar la sesión, la educadora preguntará que opinan de la actividad y lo aprendido y posteriormente dará las gracias por la atención prestada.

ANEXOS:

Instrucciones: Relaciona ambas columnas, anotando en el paréntesis, el número que corresponda.

1) EROTISMO

2) SEXO

3) GENERO

4) SEXUALIDAD

5) SEXO SEGURO

6) COITO

7) SEXO PROTEGIDO

8) ORIENTACIÓN SEXUAL

9) IDENTIDAD DE GENERO

10) VINCULACION AFECTIVA

() Relación sexual que por medio de una barrera mecánica, como el condón de látex, guantes de látex, láminas de látex, etcétera, previene el contagio del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

() Se define por los componentes biológicos, es decir por el aparato reproductor. En el caso de los hombres es el pene y testículos y en las mujeres mamas, ovarios, y vagina.

() Son las acciones que se realizan entre 2 o más personas con la finalidad de obtener placer (caricias, besos, abrazos, juegos sexuales, la masturbación etc.)

() Componentes sociales y como debemos vernos ante la sociedad como son las características afectivas, emocionales etc.

() Se refiere a la atracción que se tiene ya sea a hombres o mujeres estos se pueden dividir en heterosexuales, homosexuales y bisexuales.

() No existen intercambio de fluidos corporales como son: semen, sangre o fluidos vaginales. Aquí solo se presentan caricias, besos, masajes etc.

() Es la capacidad humana de experimentar, percibir sensaciones como excitación sexual, orgasmo, deseo sexual etc.

() Conjunto de características físicas y psicológicas propias de cada sexo. Es todo lo que tú eres y todo lo que te gusta hacer. Conjunto de actividades y comportamientos relacionados con el placer sexual. (Como te expresas, como te sientes etc.)

() Acto sexual en donde hay penetración de pene vagina o ano

() Es la capacidad de establecer lazos con otras personas que se construyen y mantienen mediante los sentimientos.

ANEXOS: (Las siguientes palabras se deben imprimir de manera horizontal en hojas tamaño carta.)

- **SEXO**
- **GÉNERO**
- **IDENTIDAD DE GÉNERO**
- **SEXUALIDAD**
- **VINCULACIÓN AFECTIVA**
- **EROTISMO**
- **RELACIONES SEXUALES**
- **SEXO SEGURO**
- **SEXO PROTEGIDO**
- **COITO**
- **ORIENTACIÓN SEXUAL**
- **EDUCACIÓN SEXUAL**

SESION 3

TEMA: Autoestima

SUBTEMA: ¿Quién soy y cuánto me quiero?

OBJETIVO GENERAL: Enseñar que es Autoestima.

OBJETIVO ESPECIFICO: Que los alumnos identifiquen sus cualidades, así como aprender a querer y respetar su cuerpo. Identificar la importancia de la autoestima en la educación sexual

DESARROLLO:

Al iniciar la sesión la educadora para la salud saludará al grupo y con mucho respeto pedirá orden para la sesión, explicando que se realizarán actividades en las cuales tendrán que estar de pie e interactuar con sus compañeros.

La sesión comenzara con participación de los alumnos al pedir que definan con sus palabras que es para ellos la palabra autoestima.

Al terminar esta ronda de participaciones, la educadora con ayuda de los anexos realizará un mapa conceptual dando la explicación de lo que es autoestima, así como la importancia que tiene en la toma de decisiones sobre nuestra persona,

Al concluir la explicación la educadora entregará una hoja a cada alumno, le pedirá que con ayuda de cinta adhesiva se la coloquen en la espalda, a continuación solicitará que todos se pongan de pie, posteriormente comenzarán a escribir en la hoja de sus compañeros una cualidad o algo que les agrade de cada uno de ellos.

Para esta actividad se debe dar un tiempo aproximado de 10 min., al finalizar todos deberán pasar a sentarse y comenzarán a leer en silencio lo que sus compañeros

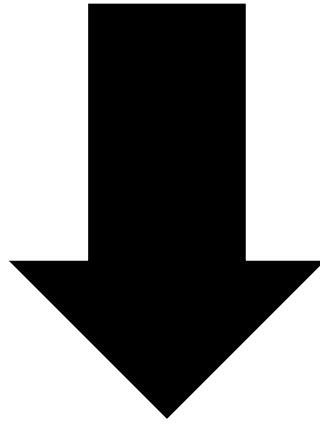
les escribieron, se realizará una ronda de manera breve si es que algún alumno quiere compartir lo que más le gusta de las cosas que le escribieron.

Para la siguiente actividad la educadora pedirá que de forma ordenada formen un círculo quedando ella en el centro, a continuación deberá realizar la actividad llamada la pelota preguntona, la cual consiste en lanzar la pelota a algún compañero, este deberá decir su nombre y lo que más le gusta de su cuerpo o de su forma de ser, este compañero lanzará la pelota a otro y así sucesivamente tendrán que participar todos los alumnos.

Al terminar esta actividad los alumnos deberán regresar a su lugar y para finalizar la sesión la educadora pedirá que compartan su punto de vista de las actividades realizadas así como lo que les agrada o les disgusta.

ANEXOS: (se deben imprimir en tamaño carta)

AUTOESTIMA



**Conjunto de
percepciones,
pensamientos,
evaluaciones,
sentimientos y
tendencias de
comportamiento**

dirigidas hacia
nosotros
mismos,

“La forma

en que

nos

valoram

os”

Hacia

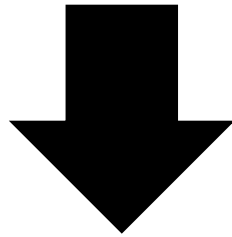
nuestra

**manera de
ser, y hacia
los rasgos
de nuestro
cuerpo y**

**nuestro
carácter.**

AUTOESTIMA

Alta



Sentirse

capaz y

valioso; o

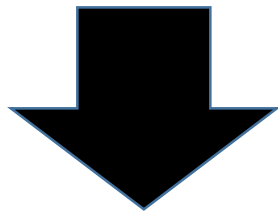
sentirse

aceptado

como persona

AUTOESTIM

A BAJA



**Dificultad que tiene
la persona para**

**sentirse valiosa, Se
siente equivocado
como persona.**

Auto

reconocimiento

Auto

aceptación

Auto

valoración

Auto respeto

Auto

superación

La

autoestima

positiva es

importante

porque

cuando las

personas la

experimentan,

se sienten

bien y lucen

bien.




**Nadie te puede
hacerte sentir
inferior sin su
consentimiento**

Lo mejor para la autoestima es el té.

quiére - te
perdóna - te
âma - te
sonríe - te
regála - te
consiénte - te
edúca - te
cuída - te
supéra - te
valóra - te



 gananci.com

VALES

más

DE LO QUE

CREES

gananci.com



SESION 4

TEMA: “ALGUNOS MITOS Y REALIDADES SOBRE LA SEXUALIDAD”.

SUBTEMA: ¿Y a ti que te gustaría saber?

OBJETIVO GENERAL: Conocer los mitos y realidades sobre temas de sexualidad.

OBJETIVO ESPECIFICO: Resolver dudas que los alumnos tengan con respecto a la sexualidad

DESARROLLO:

Al comenzar la sesión la educadora para la salud dará una introducción de lo que es un mito en los temas de sexualidad, al terminar procederá a dividir el pizarrón en dos partes y escribir del lado derecho mitos y del lado izquierdo realidades, a continuación pedirá a los alumnos compartir algún caso que pudiera ser mito o realidad que ellos hayan escuchado con respecto al tema de la sexualidad.

La educadora los escribirá en el pizarrón ya sea en mito o realidad conforme sea el caso, en cada punto deberá dar una breve explicación de el por qué es un mito o una realidad. Esta actividad debe durar aproximadamente 15 min

Al terminar esta actividad la educadora debe dar una explicación de la importancia que tiene el estar informados de una forma correcta, para poder tener una sexualidad adecuada, para poder prevenir embarazos no deseados así como alguna ITS, también debe invitar a los adolescentes a no quedarse con la duda en cuestiones de algún tema de sexualidad, ya sea por vergüenza o temor a burlas por parte de sus compañeros.

A continuación se realizará la actividad llamada “Buzón”, en la cual la educadora repartirá una hoja blanca a cada alumno, le pedirá que de forma individual y sin

levantarse de su lugar, con tinta negra escriban 1 o 2 preguntas que tengan sobre sexualidad, las cuales por vergüenza no se atrevan a preguntar en público, es importante mencionar a los alumnos que la hoja no debe llevar su nombre, que al terminar de escribir se debe doblar y la depositar en una caja, la cual tendrá el letrero de buzón y estará al frente.

Se darán 10 min para que todos pasen a depositar su hoja, a continuación la educadora sacará las preguntas al azar, las va a leer a todo el grupo con la finalidad de ir contestando y resolviendo las dudas que se escribieron, en esta actividad no hay un número determinado de preguntas pues el tiempo que se da para esta actividad es aproximadamente de 20 min.

CIERRE: La educadora para la salud dará las gracias al grupo por la atención y prestada

SESION 5

TEMA: “Uso correcto del condón masculino y femenino”.

SUBTEMA: ¿Tú sabes cómo ponerlo?

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

OBJETIVO ESPECIFICO: Resolver dudas que los alumnos tengan con respecto a la colocación del condón masculino y femenino, así como los beneficios que se tiene al utilizarlos.

DESARROLLO

Al comenzar la sesión la educadora saludará a los participantes de una manera cordial, realizará una retro alimentación de las sesión anterior pidiendo a los alumnos que participen dando una opinión o un comentarios sobre lo visto, así como lo que les agradó o lo que se podría mejorar con respecto al tema de esa sesión, para esta actividad se tendrá un tiempo aproximado de 10 min.

Para continuar la actividad la educadora pedirá guardar todas sus cosas y colocar sus bancas en forma de media luna, esto con la finalidad de que todos puedan tener una buena visión de la actividad que se va a realizar, una vez acomodados, la educadora comenzará a explicar la importancia del uso del condón masculino, preguntará si conocen el condón femenino para continuar también con la importancia de este.

Posteriormente la educadora preguntará quien de los participantes sabe la forma correcta de colocar el condón masculino y pedirá a dos voluntarios pasar al frente,

con ayuda de un pene de plástico y un condón que la educadora proporcionará, se les pedirá que expliquen la forma en la que ellos lo colocarían.

Al término de esta demostración la educadora indicará a los voluntarios pasen a su lugar y comenzará a explicar la forma correcta en la que se debe colocar para su eficacia, mencionará los errores que llegaron a tener los voluntarios.

Para continuar la sesión la educadora preguntará quien conoce el condón femenino así como su uso, procederá a hacer la demostración con ayuda de una vagina de plástico, procederá a ir explicando paso a paso la forma correcta de colocarlo así como los beneficios y los errores que no se deben cometer, al término solicitará a 2 voluntarias vuelvan a mostrar la forma correcta de colocarlo para así saber los errores que pueden llegar a tener. Para estas actividades el tiempo estimado es de 35 min aproximadamente.

Para concluir la sesión se realizará una breve ronda de comentarios así como dudas o preguntas la cual debe durar máximo 5 minutos, la educadora se despedirá del grupo dando las gracias por la atención prestada y la colaboración para las actividades.

ANEXOS:



SESION 6

TEMA: “EMBARAZOS NO DESEADOS Y ALGUNAS ITS”

SUBTEMA: “A todos nos puede pasar”

OBJETIVO GENERAL: Conocer algunas ETS así como las consecuencias de un embarazo no deseado.

OBJETIVO ESPECIFICO: Sensibilizar a los participantes dando a conocer los síntomas, forma de transmisión y consecuencias de algunas ETS, así como de los riesgos y efectos negativos de los embarazos no deseados a una corta edad.

DESARROLLO:

Al iniciar la sesión la educadora saludará al grupo y dará a conocer el tema a tratar, proyectará una presentación con algunas ETS (anexos) y las explicará al finalizar la presentación, resolverá dudas de los participantes. Para esta actividad el tiempo es de 25 min.

Continuará con un cartel el cual tiene por título “TODO TIENE SU TIEMPO” (anexos), el cual incluye algunas imágenes y frases que ayudarán a la educadora a explicar los riesgos y efectos negativos de un embarazo no deseado, terminará resolviendo dudas de los alumnos y procederá a repartir trípticos sobre sexualidad, ITS y embarazos no deseados. 25 min

Para finalizar la educadora procederá a dar las gracias por la atención prestada, solicitará a los participantes que para la siguiente sesión deberán traer tijeras, pegamento, plumones y recortes sobre los temas que se trataron a lo largo de las sesiones.

**ANEXOS:
PRESENTACIÓN DE POWER POINT**

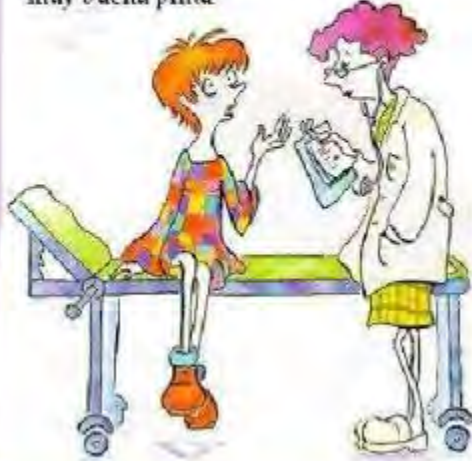
**ENFERMEDADES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)**



Azure Gay

ETS

¿Que tengo una ETS?
Pero si el chico era muy limpio y tenía
muy buena pinta



Las ITS son el grupo de infecciones que son causadas por diferentes virus, bacterias o parásitos que invaden la uretra, la vagina, la boca o el ano.

deser

ETS



. A menudo estas enfermedades se presentan en forma asintomática.

. Las ETS suelen causar molestias, aunque algunas de ellas pasan desapercibidas sobre todo para las mujeres.

. Pueden causar graves complicaciones y secuelas como infertilidad en hombres y mujeres, embarazo ectópico, cáncer cérvico uterino, abortos, bajo peso al nacimiento e infecciones congénitas.

deser

VIAS DE TRANSMISIÓN DE LAS ETS

Las ETS se transmiten:

- Por contacto sexual no protegido con personas infectadas.
- Por transfusión de sangre contaminada y sus componentes.
- Por el uso de agujas y otros instrumentos punzocortantes contaminados con sangre.
- De una madre infectada a su hijo durante el periodo perinatal (periodo inmediatamente anterior o posterior al nacimiento) a través de la placenta, por contacto con sangre o secreciones en el canal del parto



ddescr

SÍFILIS

Enfermedad de transmisión sexual, crónica producida por la bacteria espiroqueta *Treponema pallidum*, cuyo síntoma inicial es una llaga abierta y no dolorosa que aparece en la vagina y alrededor de o en el pene.



¿Cómo se transmite?

La transmisión de la bacteria ocurre durante las relaciones sexuales vaginales, anales u orales sin protección con una persona que tenga llagas de sífilis.

ddescr

SÍNTOMAS

- Primera etapa: Aparecen uno o varios chancros (generalmente son duros, redondos, pequeños y no duelen) y duran de 3 a 6 semanas.



deser

- Segunda etapa: se caracteriza por la aparición de erupciones que no provocan comezón; otros síntomas en esta etapa pueden incluir fiebre, inflamación de ganglios linfáticos, llagas en la garganta, caída de cabello, dolores de cabeza, pérdida de peso, dolor muscular y cansancio.



deser

- La última etapa: los signos y síntomas desaparecen, pero comienza a dañar órganos internos incluyendo al cerebro, nervios, ojos, corazón, vasos sanguíneos, hígado, huesos y articulaciones, hasta provocar la muerte.



deser

¿QUÉ ES?

La *tricomoniasis* es una enfermedad de transmisión sexual caracterizada por la infección del aparato urogenital del hombre y de otros animales por protozoos de la especie *Trichomonas vaginalis*.

En los seres humanos, *Trichomonas vaginalis* se suele transmitir a través de las relaciones sexuales. En las mujeres es habitual encontrarlo en la vagina, donde con frecuencia origina sensación de quemazón, prurito y exudado irritativo; en los hombres puede afectar a la próstata; y en ambos sexos irritar la uretra y la vejiga. La administración oral de *metronidazol* erradica la infección; es necesario el tratamiento de los dos componentes de la pareja.

TRICOMONIASIS



SÍNTOMAS

Muchas personas infectadas no tienen síntomas. En la mujer los síntomas incluyen: flujo vaginal que es fuera de lo normal, abundante, de color verde claro o gris, con burbujas y un olor malo, picazón, ardor, o enrojecimiento de la vulva y la vagina. Mientras que en el hombre los síntomas incluyen: flujo del pene, ardor al orinar.



TRATAMIENTO

Tricomoniasis se trata y se cura fácilmente con antibióticos, usualmente una medicina que se llama metronidazole (Flagyl). El tratamiento causa efectos secundarios como náusea leve, vómitos, y un sabor metálico en la boca. No obstante, para que sirva el tratamiento, es importante tomar la medicina como se indica. También puede producir una reacción negativa si se combina con el alcohol. Evite el alcohol hasta 24 horas después de terminar la medicina recetada. Esta medicina no debe usarse durante la parte temprana del embarazo. Es importante que su compañero/a reciba tratamiento para prevenir el regreso de la infección. Para reducir las posibilidades de infectarse de nuevo o transmitirla a otra persona, es mejor no tener relaciones sexuales mientras recibe tratamiento.



GONORREA

Enfermedad de transmisión sexual (ETS), causada por la *Neisseria gonorrhoeae*, una bacteria que puede crecer y multiplicarse fácilmente en áreas húmedas y tibias del aparato reproductivo. Esta bacteria también puede crecer en la boca, la garganta, los ojos y el ano.

¿Cómo se transmite?

por relaciones sexuales (vaginal, oral o anal) sin protección; de una madre infectada a su bebé durante el nacimiento.

deser

SÍNTOMAS

Los síntomas de gonorrea generalmente aparecen de 2 a 5 días después de la infección, sin embargo, en los hombres, los síntomas pueden tomar hasta un mes en aparecer.

Los síntomas en los hombres comprenden:

- Dolor y ardor al orinar
- Aumento de la frecuencia o urgencia urinaria
- Secreción del pene (de color blanco, amarillo o verde)
- Abertura del pene (uretra) roja o inflamada
- Testículos sensibles o inflamados
- Dolor de garganta (faringitis gonocócica)



deser

Los síntomas en las mujeres pueden ser muy leves o inespecíficos, estos son:

- Secreción vaginal
- Dolor y ardor al orinar
- Aumento de la micción
- Dolor de garganta
- Relaciones sexuales dolorosas
- Dolor intenso en la parte baja del abdomen (si la infección se disemina a las trompas de Falopio y al área del estómago)
- Fiebre (si la infección se disemina a las trompas de Falopio y al área del estómago)



deser

CLAMYDIA

Causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, que puede afectar los órganos genitales.



Mecanismos de transmisión: Por relaciones sexuales sin protección o de una madre infectada a su bebe en el momento del nacimiento.

deser

SÍNTOMAS

- Las mujeres pueden tener un flujo anormal o ardor al orinar.
- Dolor del vientre o de la cadera, náusea, fiebre.
- Dolor durante las relaciones sexuales y sangrado entre los periodos menstruales.
- Los hombres pueden tener secreciones del pene o ardor al orinar.
- Pueden presentar ardor y comezón en el meato urinario y dolor e hinchazón en los testículos.

ddeser

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

Mecanismos de transmisión:

Por relaciones sexuales sin protección. Muy raramente una madre puede transmitir VPH durante el parto.

ddeser

SÍNTOMAS

Entre los síntomas más comunes en las mujeres se encuentran: verrugas o crestas en la vulva, vagina, cérvix o ano.



En el hombre se presentan verrugas o crestas en el ano, periné y/o escroto. La infección persistente de VPH es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer cervical.

deser

SIDA

- El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es una enfermedad que afecta a los humanos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Se dice que una persona padece de sida cuando su organismo, debido a la inmunodeficiencia provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones que aquejan a los seres humanos.



deser

VÍAS DE TRANSMISIÓN

- El VIH se transmite a través de los siguientes fluidos corporales: sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna.



No cambies tu vida por el Sida

SÍNTOMAS

- fiebre
- dolor de cabeza
- malestar general
- depresión
- infertilidad
- vomito
- diarrea

deser

CONCLUSIONES

- Las manifestaciones de las ETS son muy variadas y no aparecen igual en los hombres y en las mujeres.
- Las armas más importantes contra las ETS son la prevención, tomando las medidas oportunas por medio del uso del condón y la higiene adecuada, elementos imprescindibles para una sexualidad responsable
- El auto cuidado, la autoexploración y las medidas de prevención son importantes para evitar las infecciones.



deser



CARTEL

TODOS TIENE SU TIEMPO...



El Embarazo no es Un juego de nin@s



Piensa antes de actuar



!Por que Me quiero Me cuido!

Prevenir el SIDA está en las manos.

DISFRUTA TU ADOLESCENCIA

SESION 7

TEMA: “EDUCACIÓN SEXUAL”

SUBTEMA: ¿Quién sabe más?

OBJETIVO GENERAL: Conocer que temas o información brindada durante el programa fue más significativa para los participantes.

OBJETIVO ESPECIFICO: Realizar una retro alimentación mediante una exposición de los temas visto durante el curso.

DESARROLLO:

Al comenzar la sesión la educadora saludará al grupo y les pedirá que formen 6 equipos, el número de integrantes dependerá del número de alumnos, una vez formados los equipos la educadora pedirá que todos saquen el material que se solicitó en la sesión anterior, repartirá un papel bond por cada equipo.

A continuación explicará que cada equipo debe realizar en el papel bond una exposición de los temas que les resultaron más importantes durante el curso de sexualidad, esto será de forma libre y podrán usar cualquier tipo de material que se pidió anteriormente.

La educadora para la salud debe resaltar que se debe trabajar cuidando la limpieza del aula y en orden mencionando que el tiempo para esta actividad será de 30 min, al finalizar este tiempo, la educadora pedirá que coloquen sus trabajos alrededor del salón de clases, esto con la finalidad que todos puedan apreciar su exposición.

A continuación indicará que un integrante de cada equipo explique su trabajo de forma breve, mencionando los puntos más importantes que plasmaron en su

trabajo. El tiempo aproximado para esta actividad será de 20 min., al finalizar la sesión la educadora dará las gracias por el empeño y dedicación durante las sesiones.

ANEXO 3 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título. Programa de educación sexual sobre la importancia del uso correcto del condón masculino y femenino, para alumnos de secundaria”.

Objetivo de la investigación.

- Evaluar el impacto de un programa para fomentar el uso correcto del condón masculino y femenino en estudiantes de segundo año de secundaria.

¿Qué se propone?

- Informar a los alumnos sobre los riesgos y consecuencias que conlleva el mantener relaciones sexuales sin protección.
- Motivar a los alumnos a usar de forma correcta el uso del condón masculino y femenino.

¿Cómo se seleccionarán a los participantes?

Se seleccionará a alumnos de segundo grado de secundaria por ser una población vulnerable, ya que en la adolescencia se presentan cambios fisiológicos, emocionales y sexuales.

Cantidad y edades de los participantes.

La muestra de participantes abarcará 60 estudiantes de segundo grado de secundaria con edades entre los 13 y 14 años de edad.

Tiempo requerido.

Las intervenciones se llevarán a cabo en las instalaciones de la Escuela Secundaria “David Alfaro Siqueiros” una hora a la semana durante 10 semanas aproximadamente.

Riesgos y beneficios.

Los participantes no estarán expuestos a ningún tipo de riesgo durante la investigación, ni obtendrán ningún tipo de beneficio.

Compensación.

Los participantes no obtendrán ningún tipo de compensación.

Confidencialidad.

Todos los datos y la información obtenida durante la investigación serán tratados con máxima seguridad y confidencialidad.

Participación voluntaria.

La participación es estrictamente voluntaria, lo cual no afectara en su calificación si su deseo fuese no participar.

Derecho de retirarse del estudio.

El participante podrá retirarse de la investigación cuando lo desee y crea pertinente, si es que no se llegase a sentir a gusto, seguro o conforme con el trabajo realizado.

Nombre de la investigadora responsable: Reyes Rangel Rocio

A U T O R I Z A C I O N

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo (a) _____, participe en el estudio de **PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL SOBRE LA IMPORTANCIA DEL USO CORRECTO DEL CONDON MASCULINO Y FEMENINO.**

He recibido copia de este procedimiento

Padre/Madre/Tutor

Fecha._____

ANEXO 4

FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Nota: El padre y/o la madre y/o el representante legal deberá firmar un consentimiento informado para padres, además de firmar al final de este documento.

Título. PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL SOBRE LA IMPORTANCIA DEL USO CORRECTO DEL CONDON MASCULINO Y FEMENINO EN ALUMNOS DE SECUNDARIA.

Responsable de la investigación: Rocio Reyes Rangel, Estudiante de Licenciatura en Educación Para la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de México Centro Universitario UAEM Nezahualcóyotl.

Lugar: Escuela Secundaria “David Alfaro Siqueiros” ubicada en A.V Riva Palacio y A.V. Bordo de Xochiaca s/n, Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, C.P. 57200.

Mi nombre es Reyes Rangel Rocío, soy estudiante de la Universidad Autónoma del estado de México en el Centro universitario UAEM Nezahualcóyotl de la Licenciatura en Educación Para la Salud.

Me encuentro realizando un trabajo de investigación el cual tiene por objetivo principal evaluar el impacto de un programa para fomentar el uso correcto del condón masculino y femenino en alumnos de segundo grado de secundaria, mismos a los que se pretende informar sobre los riesgos y consecuencias que conlleva el mantener una vida sexual sin protección, como son infecciones de transmisión sexual y embarazos adolescentes no deseados.

Si tus padres y tú están de acuerdo con que participes en esta investigación, tendrás que hacer lo siguiente: **Deberás estar presente en las pláticas informativas que se llevaran a cabo dentro de tu salón de clases, así como en las actividades**

planeadas para la realización del programa; dichas pláticas y actividades estarán enfocadas en la importancia que tiene el uso del condón masculino y femenino de una forma adecuada.

Es muy probable que participar te ayude a comprender la importancia que tiene el estar informado sobre el uso del condón masculino y femenino para poder prevenir infecciones de transmisión sexual así como embarazos no deseados.

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

Las respuestas y resultados del estudio se manejarán anónimamente, también es importante que sepas que si estabas participando, y tus padres o tú no quieren continuar en el estudio, no habrá ningún problema.

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

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

Sí quiero participar

Nombre y apellido: _____

Fecha: _____

Nombre, apellido y firma del padre, madre, o tutor legal del participante que presta su consentimiento.

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

Fecha: _____