

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Propuesta de intervención desde el enfoque
de la Promoción de la Salud, para fortalecer las habilidades sociales
en la adolescencia temprana y coadyuvar al desarrollo saludable
de su salud sexual y reproductiva**

TRABAJO RECEPCIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCION DE LA SALUD

P R E S E N T A

BLANCA LIDICE AGUILAR MONTIEL

DIRECTORA

Mtra.: Blanca Patricia Arroyo Arista

Ciudad de México, febrero 2018

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, por la oportunidad para el logro de mis objetivos profesionales, así también por el apoyo para la realización de ésta investigación y para la impresión y empastado de la misma.

A la Mtra. Blanca Patricia Arroyo Arista por su apoyo y dirección para terminar este ciclo. A los profesores: Lic. Patricia Mena Colchado, a la Lic. Mayra Carrillo Pérez, al Lic. Samuel Vázquez Lima y al Dr. Israel López Reyes, gracias por sus observaciones y contribuciones a mi trabajo.

Agradezco a todos aquellos que han sido parte de mi formación en el ámbito universitario: a mis profesores y mis compañeros estudiantes, de cada uno de ellos he aprendido no solo conocimiento, también han contribuido al continuum de mi desarrollo personal, con lo cual estoy cierta de que cada ser humano que cruza en nuestro camino te deja una enseñanza de vida.

Dedicatoria

A mis hijas Sandra Selene y Brenda Lidice, con las que viví la experiencia de dar vida ¡experiencia inolvidable!, en ellas a veces me descubro, a veces me recuerdo y a veces no me encuentro. Mujeres decididas, incluyentes, en busca de la igualdad y equidad en su vida personal y profesional. A mi nieta Lidice Dali, con la que me vuelvo asombrar al escuchar el sonido del viento, al mirar el sol, al oír la lluvia, al mirar los árboles, las aves y su sonrisa incondicional.

A mi esposo Guillermo Vela Anduiza, con el que he compartido la vida y este proceso para el logro de mis objetivos profesionales.

A Brayan Eduardo Galindo Ronquillo esposo de mi hija Brenda, ahora parte de la familia, por su apoyo y enseñanzas de vida.

A mis hermanos y hermanas: Sergio, Adrian, Alejandro, Cesar, Marcos, Ulises, Iván, Silvia y Susana, por la convivencia y las diversas experiencias de vida compartidas.

A las mujeres que han formado parte de mi vida, madres, hermanas, tías, abuelas, primas, sobrinas, amigas con las que hemos tejido y destejido la vida, para encontrarnos.

Te regalo la primera planta que en mi vida,
yo sembré en la tierra.

Te regalo el cofrecito que antes de morir,
me regalo la abuela

Te regalo la emoción que sentí al ver nacer,
a mi primer hermano.

La experiencia de mis viejos y el dolor
de sus ancestros.

Los poderes de sus Dioses sus odios
y sus anhelos.

(Fragmento de canción "Te invito ")

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN	9
1.1 Planteamiento del problema.....	9
1.2 Justificación.....	11
1.3 Marco teórico conceptual.....	12
1.3.1 Definición de salud.....	12
1.3.2 Definición de Promoción de la salud.....	13
1.3.3 Definición de Salud Sexual.....	14
1.3.4 Definición de adolescencia.....	16
1.3.5 Descripción de la adolescencia temprana.....	17
1.3.6 La pubertad.....	17
1.3.7 Adolescencia y esquema corporal.....	18
1.3.8 Desarrollo cerebral en la adolescencia.....	18
1.3.9 Desarrollo cognitivo en la adolescencia.....	19
1.3.10 Desarrollo moral en la adolescencia.....	19
1.3.11 Identidad, independencia y autonomía.....	20
1.3.12 Adolescencia y relación con los pares.....	21
1.3.13 Desarrollo psicosexual en la adolescencia temprana.....	22
1.3.14 Identidad sexual.....	22
1.3.15 Deseo sexual y adolescencia.....	23
1.3.16 Erotismo y adolescencia.....	24
1.3.17 Habilidades sociales y adolescencia temprana.....	25
1.3.18 Importancia de las habilidades sociales en la adolescencia.....	26
1.3.19 Componentes de las habilidades sociales.....	28
1.3.20 Comunicación con los padres y adolescencia temprana.....	29
1.4 Antecedentes.....	31
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	35
2.1 Aspectos generales.....	35
2.2 Descripción general de la metodología.....	36

2.3	Objetivos.....	36
2.3.1	Objetivo general.....	36
2.3.2	Objetivos específicos.....	36
2.4	Tipo de estudio.....	37
2.5	Universo de estudio.....	37
2.6	Tamaño de la muestra.....	37
2.7	Criterios de inclusión y exclusión.....	37
2.8	Procedimiento de recolección de datos.....	37
2.9	Instrumento.....	38
2.9.1	Cuadro de variables.....	40
2.10	Procedimiento estadístico.....	43
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....		44
3.1	Análisis descriptivo de los resultados.....	44
3.1.1	Características demográficas.....	44
3.1.2	Salud sexual.....	48
3.1.3	Comunicación entre padres e hijos	59
3.2	Propuesta de intervención.....	62
3.3	Objetivos de la propuesta de intervención.....	64
3.3.1	Objetivo general de la propuesta de intervención.....	64
3.3.2	Objetivos específicos de la intervención.....	64
3.4	Descripción metodológica de la propuesta de intervención.....	64
3.5	Lugar de intervención.....	65
3.6	Población Diana.....	65
3.7	Instrumentos de medición para la evaluación de la propuesta de intervención.....	66
3.8	Recursos humanos.....	66
3.9	Programa general de la propuesta de intervención.....	66
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....		73
4.1	Discusión.....	73
4.2	Conclusiones.....	78
Bibliografía.....		80
Anexo.....		86

ÍNDICE DE GRÁFICAS.

Gráfica 1 Frecuencia y porcentaje por sexo.....	45
---	----

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1 Frecuencia por edad.....	45
Tabla 2 Escolaridad de los padres.....	46
Tabla 3 Con quién viven los adolescentes.....	47
Tabla 4 Dependencia económica.....	47
Tabla 5 Tienen ligue o novio/a.....	48
Tabla 6 ¿Algunos o algunas de tus amigos/as han tenido relaciones sexuales?.....	48
Tabla 7 Frecuencia con la que hablan sobre chicos/as, novios/as, ligues, free.....	49
Tabla 8 Entre amigos/as, novios/as ¿con qué frecuencia hablan de sexualidad?.....	50
Tabla 9 En la secundaria puedo obtener información sobre sexualidad.....	50
Tabla 10 Cuando hablamos de sexo nos referimos a:	51
Tabla 11 ¿A qué nos referimos cuando hablamos de sexualidad?.....	52
Tabla 12 ¿Conoces algún método anticonceptivo?.....	52
Tabla 13 Cuál método anticonceptivo conocen.....	53
Tabla 14 El condón o preservativo como método anticonceptivo.....	54
Tabla 15 Las caricias, besos y masturbación mutua dan tanto placer como hacer el amor sin riesgo de embarazo e infecciones de transmisión sexual.....	54
Tabla 16 Tener relaciones sexuales con penetración sin usar un método de protección o anticonceptivo puede ser un riesgo para embarazarse.....	55
Tabla 17 Si mis padres me encuentran con preservativo/condón se enojarían conmigo	56
Tabla 18 ¿Has recibido información sobre sexualidad?.....	56
Tabla 19 ¿Quién principalmente o dónde te han proporcionado información sobre sexualidad?.....	57
Tabla 20 ¿La información recibida respondió tus dudas?.....	57
Tabla 21 Información sobre sexualidad que necesitan.....	58
Tabla 22 Responsabilidad de protegerse de un embarazo.....	59
Tabla 23 Frecuencia con la que hablan con sus padres, de amigos, gustos e intereses, normas de familia y novios/as.....	60
Tabla 24 Discusión con los padres de cómo se visten o arreglan.....	61
Tabla 25 ¿Quién toma las decisiones de los temas que discuten con sus padres?.....	61

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes es un tema que ocupa a diferentes sectores gubernamentales, profesionales y sociales tanto a nivel nacional como internacional, sin embargo pocos aluden a los aspectos psicosociales y el desarrollo de habilidades sociales que permitirían al adolescente tomar decisiones respecto al ejercicio de su sexualidad y su salud. Los encargados de diseñar políticas y programas en diferentes áreas, entre ellas la salud pública, la educación y en general para el desarrollo social y económico, abordan la salud sexual de los adolescentes desde el enfoque epidemiológico y en específico hacen referencia a los embarazos no planeados o ser padres a temprana edad, así como al contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, de tal manera que las políticas y programas terminan sesgando la salud sexual hacia la reproducción.

Si bien es cierto como menciona Juárez, Palma, Singh y Bankole (2010) el embarazo adolescente representa una desventaja para los adolescentes en términos de su salud reproductiva y del potencial para su desarrollo futuro, al igual que para el bienestar de su familia y sin dejar de reconocer que los programas de información institucionales “cumplen” con la función de prevención, también es cierto que estos programas institucionales obvian o no contemplan el desarrollo y fortalecimiento de los factores cognitivos, sociales, emocionales y psicosexuales que son parte del desarrollo adolescente y son de gran importancia en la construcción de su salud sexual.

Ahora bien los datos estadísticos con los que se cuenta en México, los cuales sirven de sustento en la elaboración de programas de salud, se avocan a tratar temas de salud sexual y reproductiva desde un enfoque biológico principalmente, estos datos reportan que la edad de inicio de las relaciones sexuales está descendiendo en todo el país, el grueso de los adolescentes inician el ejercicio de su sexualidad después de terminar la secundaria, entre los 15 y 16 años, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Juventud 2005 (Rodríguez, 2009). Así mismo con base a las proyecciones del Consejo Nacional de Población, entre el año 2000 y el 2020 el grupo más grande de población en México será el de 10 a 19 años, lo que demanda más y mejor atención para este grupo etario (CONAPO, 2010).

También es importante considerar que los instrumentos empleados por las diferentes instituciones para la obtención de datos respecto a la salud sexual y reproductiva, han sido dirigidos a la “población joven” (15 a 24 años), hace falta obtener información sobre el grupo etario que va de los 10 a los 14 años, etapa conocida como la adolescencia temprana.

Por lo anterior en esta investigación se realizó una encuesta de salud sexual a adolescentes que cursan el primer año de secundaria, con el propósito de saber qué información conocen sobre métodos anticonceptivos, sexualidad, embarazo, de quiénes reciben información sobre salud sexual y con quiénes mantienen comunicación que les permite obtener contención emocional.

La información obtenida contribuyó al planteamiento una propuesta de intervención desde el enfoque de la promoción de la salud, visualizando a los adolescentes con la capacidad de desarrollar y fortalecer sus habilidades sociales, que les ayude a transitar por esta etapa en la que se enfrentan a múltiples factores de riesgo en el ejercicio de su sexualidad y en la que la toma de decisiones es relevante para el beneficio de su salud (OPS, 2001).

La propuesta de intervención desde el enfoque de la promoción de la salud, fortalece el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y aborda las habilidades sociales como son: reconocimiento de sentimientos y emociones, comunicación asertiva, solución de conflictos y toma de decisiones, como tema transversal en la intervención.

Resumen Capitular.

La presente investigación y propuesta de intervención está integrada por cuatro capítulos. En el primer capítulo se presenta la fundamentación del trabajo, que da cuenta del planteamiento del problema, y de la justificación del mismo. Como parte del marco teórico conceptual, se aborda la definición de salud, de promoción de la salud, de adolescencia y se describe en particular la adolescencia temprana. También se habla de la pubertad, del esquema corporal, del desarrollo cerebral, del desarrollo cognitivo y del desarrollo moral en la adolescencia. Se abordan temas como la identidad, la independencia y autonomía y la relación con los pares en esta etapa de vida, se describe el desarrollo psicosexual en la adolescencia temprana, se habla de la identidad sexual, del deseo sexual y del erotismo en la adolescencia. Por último como parte del marco teórico conceptual se describen las habilidades sociales, su importancia, y sus componentes en la adolescencia, así mismo se aborda la comunicación en la adolescencia temprana. Y como cierre de este capítulo se presentan los antecedentes.

En el capítulo II se presenta la metodología, se inicia con la descripción de los aspectos generales de la misma, se muestra el objetivo general que presenta el diseño de una propuesta de intervención desde el enfoque de la promoción de la salud, para fortalecer las habilidades sociales de los adolescentes de 10 a 14 años y promover el bienestar de su salud sexual y reproductiva. Y dos objetivos específicos el primero dice: elaborar, aplicar y analizar los resultados de una encuesta para conocer qué es lo que los adolescentes estudiantes saben sobre salud sexual y reproductiva y cómo está la comunicación con sus padres. El segundo objetivo pide diseñar una propuesta de intervención que coadyuve a ampliar los conocimientos sobre sexualidad, reproducción y que fortalezca o desarrolle las habilidades sociales de los adolescentes de 10 a 14 años para que cuando inicien su vida sexual y reproductiva lo hagan de manera saludable. Se continúa con la descripción del universo de estudio, tamaño de la muestra, criterios de inclusión y exclusión, procedimiento de recolección de datos descripción del instrumento y de las variables empleadas, y para cerrar el capítulo se presenta el procedimiento estadístico seguido.

El capítulo III muestra los resultados obtenidos presentados a través de gráficas y tablas, seguido del análisis descriptivo de los mismos. Se continúa con la descripción de la Propuesta de intervención basada en habilidades sociales.

En el capítulo IV se presenta la discusión de los resultados y las conclusiones, derivadas de la presente investigación y propuesta de intervención.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN

1.1 Planteamiento del problema.

Los adolescentes se enfrentan hoy a numerosos problemas, entre los que destacan en lo que respecta a su sexualidad y desde el enfoque epidemiológico: el inicio temprano de la actividad sexual sin protección, que podría llevar a los embarazos tempranos, al incremento del aborto y sus secuelas, a la deserción escolar y/o laboral, a contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) como por ejemplo (VIH/ SIDA), también a riesgos sociales y económicos, limitando las oportunidades de desarrollo personal de los adolescentes (CONAPO, 2000).

Un dato importante que arroja la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) en el momento de la investigación, es que el 23% de los adolescentes entre 12 y 19 años habían iniciado su vida sexual y el 51.3 % de las adolescentes había estado alguna vez embarazada. En relación a los métodos anticonceptivos el 90% de la población adolescente reportó haber escuchado hablar de un método anticonceptivo. En su primera relación el 15% de los hombres y el 33% de mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo. Con respecto al uso del condón el 12% de los adolescentes y el 20% de las adolescentes consideraban que un condón podía utilizarse en más de una ocasión y el 21% de los adolescentes (hombres y mujeres) desconocía que el condón se podía utilizar para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual y el embarazo (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012).

De acuerdo a los indicadores de Salud Sexual y Reproductiva, obtenidos de los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, (ENADID) 2014, el mayor porcentaje de embarazos no planeados o no deseados se encuentra entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad con el 73.9%(CONAPO, 2014).

La Secretaría de Salud del DF registro para el 2014 un total de 8059 casos de adolescentes embarazadas, atendidas en unidades hospitalarias. El Hospital General de Iztapalapa, el Hospital Materno-Infantil de Cuauhtépec y el Hospital General de Tláhuac agruparon el mayor número de casos de embarazadas adolescentes; estas unidades hospitalarias atendieron un total de 761, 735 y 718 casos respectivamente (SEDESO, 2015).

El análisis de los indicadores generados por el Instituto Nacional de Estadísticas INEGI (2014) reporta que las delegaciones Iztapalapa y Gustavo A Madero son las que concentran el mayor número de nacimientos registrados de madres adolescentes de los dos grupos de edad (15-19 años y menores de 15 años) La mayor parte de los embarazos se siguen concentrando en el grupo de 15-19 años (98.6% del total de casos registrados en 2013); pero aunque es baja la magnitud del embarazo en menores de 15 años, su importancia radica en que ellas representan un grupo social en situación de mayor vulnerabilidad (SEDESO;2015).

En nuestro país un número considerable de adolescentes contrae ITS, incluso VIH/sida. Entre 1995 y 2000, casi se duplicó la prevalencia de la infección con VIH entre la población de 15 a 24 años por la carencia de información sobre educación sexual y reproductiva, y por la falta de acceso y disposición de medios de prevención, así como también por la actividad sexual de las y los adolescentes que tiende a iniciarse más tempranamente (CONAPO, 2000a).

Para la Ciudad de México al cierre de 2016, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y sida (CENSIDA) en la distribución de casos por grupo de edad y vía de transmisión sexual a nivel nacional en adolescentes, reportó 2 casos en el grupo de 10 a 14 años, 143 casos en el grupo de 15 a 19 años y 657 en el grupo de 20 a 24 (CENSIDA, 2016).

Los adolescentes representan un grupo prioritario, que debe ser atendido de forma integral, a partir de programas de promoción de la salud, que busquen no solo proporcionar información sobre salud sexual y reproductiva, sino en los que también se debe buscar fortalecer el desarrollo de habilidades sociales, en particular las que les permitan a los adolescentes socializar saludablemente, que les ayuden al buen ejercicio de su sexualidad en los contextos familiares, comunitarios y sociales, que son los que le dan origen y condicionan (Gómez, 2005a; Contini, 2008).

Con base en lo anterior, el presente estudio planteó como problema el que parte de la población adolescente en la Ciudad de México está iniciando su vida sexual y reproductiva a temprana edad y en condiciones de vulnerabilidad y que carece de una educación sexual y reproductiva

integral que fortalezca sus habilidades sociales para el ejercicio saludable de su sexualidad, o por no conocer los servicios de salud que se le ofrecen; o bien por no tener acceso a ellos (CONAPO, 2000a).

1.2 Justificación.

La adolescencia como parte del ciclo vital del ser humano históricamente ha sido considerada como una etapa de conflicto, de transición entre la niñez y la vida adulta, caracterizada por procesos biológicos, cognitivos, emocionales, sociales y psicosexuales en un contexto social y cultural determinado (Menckes, 2003; Davila, 2004; Arnnnet, 2008).

Así también cronológicamente la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como el lapso de tiempo que comprende aproximadamente entre los 10 y los 19 años. Este período, a su vez, puede ser subdividido en tres fases: adolescencia temprana de los 10 a los 13 años, media de los 14 a los 17 años y adolescencia tardía de los 17 a los 19 años (Monroy, 2002).

Desde el enfoque de los Derechos Humanos la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, en particular el ejercicio de la sexualidad, es parte del derecho humano a la salud, consignado en los instrumentos internacionales y nacionales, que desde hace años se ha reafirmado en el ámbito mundial como el "*derecho a disfrutar del ejercicio y protección de los derechos sexuales y reproductivos con igual legitimidad y plenitud que las personas adultas*" (ONU, 1994 p.37; ANDAR, 2005 p.2).

Los diferentes datos estadísticos, demográficos y epidemiológicos con los que se cuenta, nos permiten conocer la vulnerabilidad de los adolescentes en esta etapa, reconociendo tres problemas principales que afectan su salud sexual:

- El inicio de la actividad sexual a más temprana edad sin protección.
- El embarazo temprano que representa riesgos no solo de salud como: el incremento del aborto y sus secuelas, deserción escolar y/o laboral, así también riesgos sociales y económicos, limitando las oportunidades de desarrollo personal de las adolescentes (CONAPO, 2000b).
- Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) principalmente el contagio de VIH, herpes genital y papiloma humano (Juárez y Gayet, 2005).

Con base en la información mencionada es que se pudo reconocer la vulnerabilidad de este grupo etario; lo que nos llevó a elaborar una encuesta para aplicarla a estudiantes de nivel

secundaria. Los resultados permitieron reconocer la relevancia que tendría una intervención desde el enfoque interdisciplinario de la promoción de la salud.

Es así como el presente reporte da cuenta de una propuesta de intervención, para tratar de fortalecer las habilidades sociales de los adolescentes, buscando incidir en el desarrollo y construcción de su salud sexual, específicamente en la adolescencia temprana, en la que los cambios somáticos, cognitivos y psicológicos adquieren gran importancia por ser radicales, influyendo en lo que respecta a sus conocimientos sobre sexualidad y las habilidades sociales, para favorecer la toma de decisiones en beneficio de su salud.

La propuesta desde el enfoque de promoción de la salud, está pensada para su aplicación en adolescentes escolarizados, ya que se considera la escuela un factor protector o de contención en el desarrollo del adolescente, otro factor importante es la familia y el contexto socio cultural y político en el que se encuentran inmersos. De acuerdo con Contini (2008) en esta etapa de la adolescencia temprana la importancia de fortalecer las habilidades sociales, está en la relación que existe entre éstas y el éxito personal y social, ya que permite fortalecer la autoestima y en consecuencia mejorar su salud.

En el marco de la psicología positiva se considera a las habilidades sociales como un recurso salugénico, que de acuerdo con Aarón Antonovsky (1996) la promoción de la salud con su enfoque interdisciplinario, va más allá de la prevención y la educación para la salud, mediante intervenciones y diversas herramientas psicosociales y psicopedagógicas, que fortalecen los procesos (Habilidades Sociales) que permiten a las personas aumentar el control sobre su salud.

1.3 Marco teórico conceptual

1.3.1 Definición de Salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, definió a la salud *“como el estado completo de bienestar físico mental y social”* A partir de esta definición la salud es considerada como un derecho humano primordial además de integrar las características del ser humano y vincularla a la satisfacción de las necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones (Restrepo y Málaga, 2002 p. 24).

Existen otros enfoques como el enfoque emancipatorio de promoción de la salud que define la salud como: "la capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y lograr futuros viables"

este enfoque hace hincapie en la capacidad de los seres humanos de construir conocimiento y visualizar otros futuros, independientemente de los expertos o de las instituciones (Chapela, s/f).

El modelo salutogénico de Antonovsky, (1996) constituye un sólido fundamento teórico para la promoción de la salud, el cual hace énfasis en los factores humanos que apoyan la salud y el bienestar. El foco principal de la salutogénesis, es generar salud, pero cada persona la suya propia: reconociendo la capacidad de cada individuo, para mejorar su salud y calidad de vida; esto fue presentado por Antonovsky, como un paradigma viable para la investigación y la práctica en promoción de la salud, en un seminario celebrado en la Oficina Regional de la OMS en Copenhague en 1992 (Rivera de los Santos, Ramos, Moreno y Hernán, 2011).

El modelo de Salud Positiva ha sido abordado desde diferentes disciplinas, como la sociología, donde la salud se entiende como un estado óptimo de capacidades (Parsons, 1964). Igualmente a la salud se le identifica con bienestar social, incorporando la noción de calidad de vida (Moreno, 2007). Unos de los más firmes defensores del modelo, desde la psicología positiva, son Seligman y Peterson (2003), quienes se apoyan en el enfoque humanista, haciendo énfasis en el enfoque positivo (Rivera de los Santos et al, 2011).

Dentro de este modelo, Seligman y Csikszent (2000) proponen: en relación al pasado, las dimensiones de bienestar, contención y satisfacción; de fluidez y felicidad, en el presente, y la esperanza y el optimismo en cuanto al futuro. (Rivera de los Santos et al, 2011).

Así también otro concepto importante es denominado como “Flow” (Fluir), el cual es definido como la relación que existe entre las demandas del medio y las habilidades personales: Mihaly Csikszentmihalyi (Citado en Rivera de los Santos et al, 2011).

1.3.2 Definición de promoción de la salud.

Teniendo como antecedente la definición de salud de la OMS (1946), en 1986 se lleva a cabo la 1ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, dando como resultado la Carta de Ottawa, en la que se define a la promoción de la salud:

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar

sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (Restrepo y Málaga, 2002).

Esta definición de Promoción de la Salud de acuerdo con Restrepo y Málaga, (2002) abarca las necesidades humanas de forma integral, definiendo cinco estrategias para el logro de mejores condiciones de salud:

- Construir Políticas Públicas Saludables
- Crear entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económico, políticos, culturales)
- Fortalecer la acción comunitaria
- Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida)
- Reorientar los servicios de salud

Así mismo se hace énfasis en la abogacía o cabildeo y el empoderamiento como estrategias para el desarrollo de su salud (Restrepo y Málaga, 2002).

El modelo salutogénico, ha influido indudablemente en el desarrollo de la promoción de la salud. Este fue presentado por Antonovsky, 1992 como una dirección para la promoción de la salud. La orientación salutogénica se presentaba como un paradigma viable para la investigación y la práctica en promoción de la salud, ya que enfatiza el papel activo de cada persona en el cuidado de su salud y en la modificación de conductas hacia estilos de vida saludables (Rivera de los Santos et al, 2011).

1.3.3 Definición de salud sexual.

Derivada del concepto de la definición de salud de la OMS (1946), la salud sexual y reproductiva es definida por diferentes organismos internacionales como un *“Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”* (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 1994).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como *“un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud”* (OMS, 2002).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "*la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad*" (OPS, 2000).

Es importante señalar que las definiciones del concepto de Salud Sexual, mantienen dos componentes de la definición de salud: el que hace mención "como bienestar y no solo ausencia de enfermedad" y otro que lo vincula con los derechos humanos.

En lo que respecta a la adolescencia, específicamente la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, se reconoce como parte del derecho humano a la salud, consignado en los instrumentos internacionales y nacionales como:

"el derecho a disfrutar del ejercicio y protección de los derechos sexuales y reproductivos con igual legitimidad y plenitud que las personas adultas" (ANDAR, 2005).

El concepto de salud sexual desde el enfoque biomédico, ha mantenido históricamente la reproducción como una prioridad. Aún y cuándo se han incorporado dentro de esta aspectos sociales, culturales y el respeto al ejercicio de la sexualidad, en la práctica y aplicación las acciones dirigidas a los adolescentes, suscriben la salud sexual al proceso de reproducción.

Stern y García (2001) proponen la necesidad de aproximarse a la salud sexual de los adolescentes a partir de sus creencias, valores, cultura, sus relaciones familiares de sus amigos, pareja, desde sus oportunidades, objetivos y la subjetividad de sus aspiraciones.

Es aquí en donde la promoción de la salud desde su enfoque interdisciplinario y visualizando a los adolescentes con la capacidad de construir y adquirir las herramientas necesarias para su salud sexual, adquiere relevancia. Mediante la intervención y participación a través de programas que apoyen y fortalezcan las diferentes habilidades sociales, que desde el enfoque de la Psicología Positiva, funcionan como un factor protector y constituyen un recurso salugénico en la adolescencia temprana (Contini, 2008).

Desde la perspectiva de la promoción de la salud, las habilidades sociales son un recurso que permite que los adolescentes adquieran las competencias necesarias para un mejor desarrollo integral, así como para enfrentar los retos de la vida diaria (OPS, 2000; Contini, 2008).

El profesional en promoción de la salud posee la preparación académica para diseñar programas de intervención que faciliten a los adolescentes, la construcción de su salud y el

ejercicio de su derecho al disfrute de su sexualidad.

1.3.4 Definición de adolescencia.

Históricamente el concepto de adolescencia surge a mediados del siglo XIX y se extiende al mundo occidental a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. La obra de G. Stanley Hall, *“Adolescencia: su psicología y sus relaciones con la fisiología, la antropología, la sociología y el sexo, la delincuencia la religión y la educación”*, contribuyó a que la adolescencia adquiriera importancia en el ámbito académico como campo de estudio, por lo que se llamó a esta época la *“Edad de la adolescencia ”* entre 1890 y 1920: Tyack (citado en Arnett, 2008).

Los antecedentes históricos de la adolescencia nos permiten visualizar como se vivía y concebía esta etapa del ciclo vital en diferentes culturas, así como, la influencia de los procesos de producción generados por la Revolución Industrial, para delimitar la edad de permanencia escolar y el acceso a la adultez, mediante el trabajo. Actualmente el concepto de adolescencia en la academia y la investigación, es considerado un constructo social, cuyas variaciones dependen de la historia y contexto social, del enfoque que lo utiliza, define y le da límites: Chapela (citada en Stern, 1997).

El Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011) se refiere a la adolescencia como un proceso evolutivo transitorio ubicado cronológicamente de los 10 a los 19 años, es decir la segunda década de la vida, subclasificándola en: Adolescencia temprana de los 10 a los 15 años que abarca desde el inicio de la pubertad y su culminación a los 15 años aproximadamente y adolescencia tardía que inicia a los 15 años y termina a los 20 años de edad. Respecto a los cambios físicos generados por la pubertad, son compartidos en las diferentes sociedades, con variantes mínimas, lo que permite que se defina la adolescencia cronológicamente.

El criterio más utilizado y aceptado es el de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano entre la niñez y la edad adulta, cronológicamente ubicada entre los 10 y los 19 años, la subclasifica en: adolescencia temprana entre los 10 y 14 años de edad, adolescencia intermedia entre los 15 y 19 años, y adolescencia tardía o juventud adulta entre 20 y 24 años.

Para el presente trabajo se consideró a la adolescencia temprana, como el período que abarca de los 10 a los 14 años, coincidiendo con la clasificación de la OMS y UNICEF, se consideró a

la adolescencia como una etapa de transición que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento, la paulatina madurez de los caracteres sexuales secundarios, el desarrollo de una identidad adulta y por último la progresiva independencia socioeconómica de los padres.

1.3.5 Descripción de la adolescencia temprana.

La adolescencia temprana da inicio con diferentes cambios biológicos, cognitivos, psicosociales y psicosexuales. Los cambios biológicos inician con la pubertad, proceso biológico variable en su cronología e influencia genética, que marca una etapa de transición entre la niñez y la etapa adulta, comprende la maduración de los órganos reproductores y crecimiento corporal de forma acelerada. Cambios que dependen de la influencia hormonal, regulada por el eje hipotalámico-hipofisario (Castelo-Branco, 2005).

1.3.6 La pubertad.

La pubertad es un proceso biofisiológico y se divide en tres etapas: pre-pubescente, pubescente y post-pubescente. Existiendo diferencias entre hombres y mujeres respecto al inicio del mismo (Hurlock, 2010).

En las mujeres, la pubertad se caracteriza por un aumento de la secreción hormonal, lo que provoca un crecimiento rápido, aumento del pecho y las caderas, desarrollo de los genitales, aparición de vello púbico y axilar así como la aparición de la menarquía o primera menstruación que señala el inicio del ciclo ovárico, dependiente de la secreción de hormonas gonadotrópicas. En promedio la menarquía, cambio fisiológico con el que se inicia el funcionamiento de los órganos de reproducción, ocurre entre los 9 y 11 años de edad y el tiempo promedio para que la pubertad se complete es de 4 años, es decir que alcance la madurez biofisiológica (Schutt-Aine y Maddaleno, 2003; Hurlock, 2010).

En los varones la pubertad, se caracteriza por crecimiento acelerado o estirón, aumento del tamaño testicular, aparición del vello púbico y facial, engrosamiento de la voz y espermarquía o primera emisión de esperma generalmente, ocurre un par de meses antes de la primera eyaculación, por estimulación de las hormonas gonadotrópicas. Este proceso ocurre entre los 11 y 15 años de edad. La menarquía y la espermarquía, marcan el inicio de la capacidad reproductiva de los adolescentes (Schutt-Aine y Maddaleno, 2003; Hurlock, 2010)

Durante esta etapa existe un aumento considerable de testosterona, dando aparición al llamado erotismo puberal; aparece el deseo sexual como impulso y de manera consciente es dirigido a

otra persona, se inician las fantasías eróticas, la atracción y respuesta a estímulos eróticos. El interés y motivación sexual en los adolescentes tienen influencia directa de los cambios hormonales e indirectamente de los cambios de la imagen corporal. Los procesos sociales y culturales aparecen como facilitadores o inhibidores de la sexualidad del adolescente (Gómez, 2014).

En este período se hace necesario el apoyar y dotar a los adolescentes de herramientas que les permitan reconocer su sexualidad, emociones y sentimientos, para el disfrute de la sexualidad de manera libre y saludable e integrarse al mundo como personas sexuadas (Gómez, 2014).

1.3.7. Adolescencia y esquema corporal.

Los cambios somáticos y físicos tienen una gran repercusión psicológica para el adolescente y para quienes le rodean, los cambios externos implican también cambios en el esquema corporal, lo que representa una preocupación para el adolescente. Cuando se habla de esquema corporal se hace referencia a la imagen interna que manejamos de nuestro propio cuerpo, tarea importante de adaptación a la nueva imagen corporal durante la adolescencia temprana, con la cual el adolescente se necesita identificar y lograr una aceptación física de sí mismo. Esta imagen estará permeada de valoraciones subjetivas en interrelación con el medio y es una parte importante de la imagen que cada uno tiene de sí mismo, así como un elemento donde se sustenta y/o expresa la autoestima (Blos, 1980).

1.3.8 Desarrollo cerebral en la adolescencia.

A nivel neurobiológico el cerebro en la adolescencia temprana inicia una reorganización de redes neuronales (mielinización) que fortalece las conexiones existentes e incrementa la velocidad y eficiencia de la transmisión de los impulsos eléctricos, en la corteza prefrontal y otras estructuras cerebrales como el circuito mesolímbico relacionado con la motivación y la búsqueda de recompensa (Oliva, 2007).

El córtex prefrontal está vinculado con las funciones ejecutivas, formada por interconexiones masivas con los lóbulos parietales, temporales, regiones límbicas, núcleos de la base, ganglios basales y cerebelo (Jódar, 2004). El córtex pre-frontal como cita Oliva, (2007) es conocido como auto regulatorio de la conducta, llamado la “sede de la moralidad” o como: “el órgano de la civilización”. Durante la adolescencia temprana las conexiones entre el circuito mesolímbico y cortex prefrontal se fortalecen y es lo que permite a los adolescentes regular su conducta.

1.3.9 Desarrollo cognitivo en la adolescencia temprana

Los cambios psicológicos en la esfera cognitiva durante la adolescencia y específicamente en la adolescencia temprana, influyen principalmente en los pensamientos, creencias, actitudes y en general en la comprensión del mundo que les rodea e impacta (Cano de Faroh, 2007).

Tanto Piaget como Vigotsky proponen que el pensamiento adolescente va a tomar características mentales de etapas anteriores, pero las asimilará y acomodará mediante nuevos procesos lógicos internos (cognitivos) para constituirse en una nueva forma de pensamiento, que poseerá características diferentes (Coleman y Hendry, 2003) .

Así entonces, Piaget contempla la construcción de conceptos físicos y matemáticos a partir de la reorganización de estructuras cognitivas y Vigotsky propone la construcción de conceptos lingüísticos a partir no solo de las estructuras cognitivas del sujeto, sino también de internalizar los procesos del grupo social al cual pertenecen y sus manifestaciones culturales, el lenguaje es el medio que permite alcanzar el estadio más alto del pensamiento formal y su socialización (Coleman y Hendry, 2003; Cano de Faroh, 2007).

El desarrollo cognitivo que da lugar al pensamiento formal, permite al adolescente visualizar nuevas alternativas al funcionamiento de la propia familia y normas sociales que le permitirán la construcción de su identidad, interiorización de valores ideológicos y sociales, con un proyecto de futuro, que definirán su identidad personal y profesional. (Coleman y Hendry, 2003).

La exploración y búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias durante la adolescencia van a verse favorecidas por algunos cambios cognitivos, mismos que suelen llevar al adolescente a conductas o comportamientos de riesgos como: relaciones sexuales sin protección, consumo de alcohol y de drogas, deportes o actividades de alto riesgo (Coleman y Hendry, 2003; Oliva, 2007).

1.3.10 Desarrollo moral en la adolescencia.

Durante este período de la adolescencia, el pensamiento moral presenta cambios, Piaget y Kohlberg proponen dos estadios uno llamado “realismo moral” (estadio pre convencional) que tiene que ver con una valoración objetiva sobre la cantidad del daño causado; el otro llamado “moralidad de la cooperación” o “moralidad de reciprocidad” (estadio post convencional) basado en la intención y no en la consecuencia, este último estadio se da dentro del período de la

adolescencia temprana (Coleman y Hendry, 2003).

Los cambios a nivel cognitivo descritos, sobre la base de la interiorización de principios éticos universales, moldeados por el contexto socio cultural, permiten al adolescente avanzar en la independencia del pensamiento, comportamiento y actitudes, adquiriendo habilidades para la comunicación de sus conceptos, valoraciones y relacionarse socialmente (Coleman y Hendry, 2003).

1.3.11 Identidad, independencia y autonomía en la adolescencia.

La adolescencia adopta diversas formas de asumirse dependiendo de la interacción entre los cambios físicos y las resistencias sociales, identificadas como conductas de oposición frente a las estrategias externas u obligaciones cotidianas, y que tienen por objeto desarticular las formas de dominación explícita o implícita del sistema escolar y social (Giroux, 1992).

El adolescente tiene que insertarse en la sociedad a la cual pertenece, lo cual representa la construcción de su identidad, independencia y autonomía, lo anterior implica por lo tanto el duelo por el cuerpo de niño, y aceptación de su nueva imagen corporal, dando paso al autoconcepto que es el conjunto de representaciones que el individuo elabora de sí mismo y que incluye aspectos corporales, psicológicos y sociales (Delval, 2008).

La construcción de la identidad es resultado de la integración de diferentes aspectos del yo frente a los cambios en el contexto, Erik Erikson propuso el concepto de identidad y la noción de “crisis de identidad” sobre todo en la adolescencia, menciona que la sociedad tiene como función guiar y limitar las elecciones del individuo (Delval, 2008).

La autoestima constituye el elemento valorativo del auto concepto, en donde se integran tanto los aspectos descriptivos o cognitivos del sí mismo, que se corresponden con la autoimagen, como los valorativos o afectivos que se corresponden con la autoestima: Marsh y Craven (Citado en Rodríguez, 2012)

La inserción del adolescente a la sociedad impone el desarrollo de autonomía en la toma de decisiones y la independencia económica, en la adolescencia temprana se inician los cambios hacia estas condiciones, por lo que el adolescente debe vivir el duelo no solo de la pérdida del cuerpo infantil, sino la pérdida de su condición de dependencia parental, situación que será resuelta dependiendo de las circunstancias familiares, origen étnico, género, oportunidades

culturales, económicas y sociales de su contexto (Coleman y Hendry, 2003).

1.3.12 Adolescencia y relación con los pares.

En la búsqueda de la independencia parental el adolescente buscará vincularse con otros jóvenes, conducta que Delval (2008) llama “identidad gregaria”, el grupo de pares adquiere relevancia cumpliendo un papel afectivo y socializador. Los valores y normas de grupo permiten al adolescente analizar los valores y creencias adquiridos en casa frente a sus iguales, probar sus capacidades que le permitan seguir en búsqueda de su autonomía es importante para su formación.

Coleman y Hendry (2003) mencionan respecto a los grupos que forman los adolescentes, se distinguen los grupos de mejores amigos, los amigos, los amigos íntimos, los conocidos, los grupos de iguales (correspondientes a edad y género) y las relaciones románticas, estos grupos menciona el autor, permiten cierta flexibilidad en cuanto a la decisión de ingresar o no en ellos.

Es así como los adolescentes están inmersos en una red social más amplia que va desde los miembros de la familia, amigos, hermanos, adultos en su comunidad y clubes, esta red pero sobre todo los grupos pequeños más íntimos le brindan apoyo y confianza, reforzando el yo del adolescente. En general los grupos de iguales tienen una influencia positiva y constructiva, contrario a la creencia popular de los padres que asumen una influencia negativa de los pares principalmente en el comportamiento sexual y el uso de drogas (Coleman y Hendry, 2003).

Con respecto a las conductas de aceptación para fumar beber practicar el sexo y consumir drogas tienen que ver más, con la aceptación o modelación de los valores y normas del grupo de adultos (Contexto) y no una actitud rebelde de los adolescentes: Bernt, y Zook (Citado en Coleman y Hendry, 2003).

También durante la adolescencia ser popular adquiere relevancia, mientras la amistad se refiere a un vínculo entre dos o más personas, la popularidad significa la aceptación dentro de una estructura de iguales más amplia. La manera en que se es aceptado, depende del grupo en el que se es popular y las características valoradas que van desde ser sensibles, amistosos, buen sentido del humor, inteligentes, vestir a la moda, ser atractivo. Con respecto a la apariencia física la bibliografía menciona que el ser atractivo ofrece beneficios lo que se conoce como el “efecto halo” ya que se asume que los que tienen una personalidad agradable, son competentes e independientes, como una correspondencia a su apariencia física (Coleman y

Hendry, 2003).

1.3.13 Desarrollo psicosexual en la adolescencia temprana.

El adolescente se enfrenta a cambios relevantes desde el enfoque de la sexualidad humana, destacando la redefinición de su identidad sexual y de género, la aparición del deseo sexual en su versión adulta y la reorganización de sus vínculos afectivos. Cuando hablamos de identidad sexual, se hace referencia de pertenecer a un sexo en función de los genitales, el género hace referencia a roles, actitudes, valores y comportamientos en tanto hombre o mujer (Gómez, 2005a).

Para los fines de este trabajo, la sexualidad es un proceso biopsicosocial, inherente al ser humano desde el nacimiento y hasta la muerte que varía de una cultura a otra y el contexto socio-histórico en que se desarrolle, que define el cómo debemos vivir, disfrutar o negar nuestro cuerpo (Weeks, 1998).

Como hemos visto a la adolescencia históricamente se le reconoce como un periodo del ciclo vital en el que se continúa el proceso de sexuación y la actividad sexual da inicio, por lo tanto en esta etapa se hace necesario el apoyar y dotar a los adolescentes de herramientas que le permitan reconocer su sexualidad, emociones y sentimientos, para el disfrute de su sexualidad de manera libre y saludable e integrarse al mundo (Gómez, 2014).

1.3.14 Identidad sexual.

La identidad sexual en la adolescencia es parte del proceso de individualización del ser humano, la búsqueda de la autonomía y tener conciencia de si mismo. Alrededor de los tres años niños y niñas adquieren una identidad básica de género es decir la pertenencia a uno u otro sexo en función de los genitales. En la adolescencia la identidad de género adquiere madurez de acuerdo a los roles que una cultura determinada establece, en tanto se dice hombre o mujer a partir de actitudes, valores y comportamientos (Coleman y Hendry, 2003; Gómez, 2005a).

Dentro de los cambios en esta etapa, como se ha mencionado, la imagen corporal exige una redefinición de la identidad en relación a la nueva imagen y sus funciones. En las culturas occidentales la imagen corporal y los modelos de belleza establecidos responden a fines comerciales, se crean estereotipos de ser mujer o ser hombre. Cuando se habla de identidad sexual se hace alusión a la conciencia de pertenecer a un sexo en función de los genitales e imagen corporal, en tanto la identidad de género hace referencia a las actitudes valores,

comportamientos que una cultura determina. Los cambios a nivel cognitivo permiten al adolescente cuestionar los roles de género, la forma de ser mujer o ser hombre y los atributos clásicos determinados por las culturas occidentales (Gómez, 2014).

El cambio en los roles de ser mujer o ser hombre en la actualidad, en donde la mujer participa en ámbitos laborales y actividades que eran exclusivas para hombres así como: convertirse en proveedoras jefes de familia aunado a la presión social con respecto a lo que significa la masculinidad, son contenidos de género que el adolescente debe asimilar y sintetizar. Para esto el adolescente requiere espacios de contención como el espacio familiar, educativo y social (Coleman y Hendry, 2003; Gómez, 2005a).

1.3.15 Deseo sexual y adolescencia.

El deseo sexual en la adolescencia es un hecho que adquiere relevancia, Gómez (2005b) menciona que está constituido por tres elementos: **el impulso sexual, el motivo y el anhelo**, estos corresponden a tres áreas o disciplinas de manera integral la biofisiológica, la psicológica y la sociológica, como a continuación se explica:

El impulso sexual está conformado por las características anatómicas fisiológicas y endócrinas que regulan la respuesta sexual humana, generando comportamientos ante estímulos eróticos, por ejemplo el adolescente en esta etapa puede tener reacciones como erección, eyaculación, en los hombres y en las mujeres lubricación vaginal, erección de pezones ante un estímulo visual como el ver un cuerpo desnudo.

El motivo o disposición a la actividad sexual está constituido por la articulación del impulso sexual y los factores psicológicos que tienen que ver con la historia sexual del adolescente y el contexto socio cultural en que se desarrolla Oliva y Parra, (2004). Un ejemplo de esto sería las diferencias en la iniciación de la conducta sexual aceptada a edades tempranas en algunas culturas y en otras no.

El anhelo, se refiere a la representación sociocultural del deseo sexual, es decir la vida sexual es influenciada por las tradiciones culturales, el momento histórico y los intereses de las clases dominantes, mediante la estructura social y contenido de los roles de género y a través del discurso acerca de la sexualidad, es decir lo que debe desearse sexualmente, en tanto se es hombre o mujer (Gómez, 2014).

El adolescente deberá integrar estos componentes del deseo sexual, durante el proceso puede desear o aplazar la experiencia sexual a pesar del impulso, por lo que debe tener las herramientas afectivas y sociales que le permitan el libre ejercicio de su sexualidad. En la configuración del deseo sexual como se ha mencionado influyen diversos factores como son: los biológicos, psicológicos y sociales lo que da como resultado la experiencia emocional subjetiva, es decir el modo en que cada uno vive o experimenta su sexualidad (Gómez, 2014).

Tanto la familia como el ámbito escolar tienen un papel importante en la integración del **deseo sexual**, el desarrollo afectivo social que ocurre desde el nacimiento, constituye un importante soporte para su configuración. Es en el vínculo afectivo (apego) donde se da el aprendizaje de la comunicación no verbal, en donde el niño aprende a tocar y ser tocado, a mirar y ser mirado, a la proximidad física y el contacto piel a piel, cuando estos vínculos son satisfactorios generan apego seguro. Es importante mencionar que el apego es un proceso de crianza en el cual el niño desarrolla confianza en sí mismo y del mundo que le rodea, a través de los cuidadores que conforman una fuente de bienestar y seguridad, generando conductas que son internalizadas y que le permiten construir modelos internos del contexto que le rodea y de él mismo. Ahora bien existen diferentes tipos de apego aquí mencionamos un estilo “saludable” o apego seguro que es aquel que genera confianza y estabilidad emocional desde el nacimiento y constituye una forma óptima de regular las emociones durante el ciclo de vida, como menciona: Bowlby (Citado en Gómez, 2014).

El deseo sexual es parte de la respuesta sexual humana, el cual aparece en la pubertad como búsqueda de satisfacción sexual en y con el otro/a, los adolescentes en esta etapa descubren la capacidad de respuesta a estímulos eróticos que provocan la respuesta fisiológica la cual en la medida que la conocen e identifican, podrán controlarla o manejarla de acuerdo a los parámetros del contexto social y cultural al que pertenecen (Gómez, 2014).

1.3.16 Erotismo y adolescencia.

El comportamiento sexual en la adolescencia propone Gómez (2014) pasa por dos momentos diferentes: el autoerotismo o erotismo dirigido a sí mismo y el heteroerotismo o erotismo dirigido hacia otros/as.

Con respecto a las relaciones sexuales y el erotismo estos tienen un significado cultural diferente dependiendo del género, para los adolescentes (hombres) representan una fuente de prestigio que hace mejorar su imagen frente al grupo de pares, buscan placer y prestigio, en

comparación con las adolescentes (mujeres) para quienes el coito tiene más componentes socioemocionales. La experiencia sexual se reviste en el caso de las mujeres de romanticismo, es decir deciden tener relaciones sexuales aduciendo al amor, enamoramiento, búsqueda de afecto para encajar en una sociedad que reprime la actividad sexual de la mujer y pondera la de los hombres (Gómez, 2005c).

De acuerdo al contexto social y cultural la conducta sexual adolescente se verá reprimida o no, para dar mayor legitimidad a ciertos comportamientos diferenciados por género o modelos del entorno (Gómez, 2005b).

López (1993) menciona que el afecto está ligado con el desarrollo sexual en la adolescencia y propone la siguiente clasificación de los afectos:

“Los afectos sexuales: el deseo – placer, atracción, enamoramiento, experiencia amorosa, inhibición, rechazo, dolor, culpa sexual, etc. Los afectos socio-afectivos: empatía, apego, amistad, hostilidad, ira etc.” (López, 1993)

De acuerdo con Gómez (2014) los afectos pueden ser indicadores de necesidades básicas, en el ámbito de los afectos y sexualidad se reconocen dos: la necesidad de satisfacción sexual (deseo sexual) y la necesidad de seguridad emocional (apego). Por lo que se infiere siguiendo a López (1993), que los adolescentes hombres se ven influenciados por los afectos sexuales (deseo, placer, atracción, etc.) más que las mujeres las cuales buscan los afectos socioafectivos (Empatía, apego, amistad, etc.) a través del acto sexual.

1.3.17 Habilidades sociales y adolescencia temprana.

Las bases teóricas del concepto de habilidades sociales se remontan a los años 20, acompañadas con el desarrollo de las Teorías del Aprendizaje Social y las terapias de modificación de conducta, sobre la conducta interpersonal, que sentaron las bases de este enfoque: Salter (Citado en Caballo, 2007).

Un concepto que forma parte de las habilidades sociales es el de conducta asertiva (Comunicación asertiva) término que luego llegaría a ser sinónimo de habilidades sociales y es utilizado por primera vez por Wolpe (1958). Dicho autor utiliza el término asertivo como la expresión adecuada de emociones (positivas) dirigidas a otras personas. Es en los años

sesenta y setenta que el desarrollo e investigación de las habilidades sociales adquiere mayor relevancia (Lacunza, 2012).

Otras fuentes importantes que forman parte del desarrollo de las habilidades sociales son Los tratados de Moreno (1959) en Psicoterapia de grupo y Psicodrama, los cuales son una influencia muy cercana al método del ensayo de la conducta, como representación de las actitudes y situaciones conflictivas de la vida real de los participantes (Lacunza, 2012).

Así también otra fuente relevante en el proceso de investigación y metodología de las habilidades sociales son la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura y Walters, 1974) y los modelos interactivos (Mc Fall, 1982) ambos modelos combinan elementos de los paradigmas Conductista y Cognitivo. Las Habilidades Sociales se han estudiado ampliamente en Estados Unidos por Goldstein, así como en España por Caballo (Contini, 2008).

El modelo salugénico también es un antecedente importante en relación a las habilidades sociales junto a la psicología humanística de Maslow y Rogers y de la Psicología positiva propuesta por Seligman (2003). Para la Psicología Positiva, las relaciones sociales son determinantes en el bienestar de las personas, por lo que podría plantearse un vínculo entre el enfoque salugénico y las habilidades sociales, específicamente las que facilitan relaciones mutuamente satisfactorias (Rivera de los Santos et al, 2011).

La definición de habilidades sociales que en esta propuesta utilizamos es la de Caballo (2007) *“las habilidades sociales son un conjunto de conductas que se aprenden a lo largo del ciclo vital que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación”* (Lacunza y Contini, 2011)

Es decir son modelos de comportamiento complejos, que dependen del proceso de socialización vinculados al desarrollo cognitivo, durante el ciclo de vida: Schaffer (citado en Contini, 2008).

1.3.18 Importancia de las habilidades Sociales en la adolescencia.

Durante esta etapa el contexto familiar y la relación con los pares, son factores importantes para el desarrollo y fortalecimiento de las habilidades sociales del adolescente. Sin dejar de lado los nuevos modos de relación como las redes sociales vía internet. El ingreso a la escuela

secundaria marca la aparición de nuevas experiencias interpersonales, nuevas reglas, y nuevos espacios de encuentro: Urresti (Citado en Lacunza, 2012).

De esta forma, las habilidades sociales pueden actuar como un factor de promoción de salud y no sólo de protección. En éste sentido, Contini (2008) sostiene que un sujeto con habilidades emocionales y sociales adecuadas, que conoce y controla sus propios sentimientos, que puede interpretar los estados de ánimo de otros, es aquel que puede transitar en su entorno de tal forma que influya positivamente en su calidad de vida.

La presencia de bienestar y felicidad en el sujeto facilita su percepción de los demás y el poder involucrarse, en actividades grupales poniendo en práctica habilidades sociales asertivas. El mayor bienestar requiere que el sujeto experimente emociones positivas, las que a su vez, lo llevarían a estados mentales y a comportamientos saludables que prepararían al sujeto para enfrentar con éxito dificultades y adversidades en su vida cotidiana (Lacunza, 2012).

Como afirma Prieto Ursua (2000) que se han identificado ciertos factores de protección ante estresores ambientales que disminuyen la aparición de problemas psicosociales en la adolescencia, entre los que se destacan la competencia y el apoyo social, el empleo del tiempo libre y adecuadas estrategias de afrontamiento (Lacunza, 2012).

Los comportamientos pro-sociales favorecen el desarrollo de la autoestima y el bienestar psicológico. El éxito personal y social parece estar más vinculado con las habilidades interpersonales, que con las habilidades cognitivas expresadas en el coeficiente intelectual (CI). El vínculo entre iguales promueve el desarrollo de habilidades de interacción social y ello influye de manera positiva la salud psicológica del sujeto. Ser reconocido y aceptado por otro es favorable para la autoestima, y ello refuerza la satisfacción vital de ahí la importancia que tienen las relaciones entre pares en la infancia y adolescencia Monjas,(Citado en Contini, 2008).

El aprendizaje de las habilidades sociales depende prioritariamente de la práctica, el entrenamiento o el perfeccionamiento, y no tanto de la instrucción verbal, convirtiéndolas en una respuesta que permite al sujeto adaptarse: Fernández y Ruiz (Citado en Contini, 2008).

Las habilidades sociales e interpersonales (comunicación, habilidades de rechazo, agresividad y empatía) junto con las habilidades cognitivas (incluyendo la toma de decisiones, el pensamiento crítico y la autoevaluación) y las habilidades para manejar emociones (incluyendo el estrés y el autocontrol) constituyen las denominadas “habilidades para la vida”, un conjunto

de habilidades genéricas que capacitan al individuo para enfrentar de manera efectiva los retos de la vida diaria Caballo (Citado en Contini,2008).

El contexto familiar, la escuela el acceso a grupos de pertenencia, son contextos imprescindibles para el aprendizaje de habilidades sociales, siempre y cuando proporcionen experiencias positivas para adquirir comportamientos sociales salugénicos, ya que se aprende de lo que se observa, de lo que se experimenta (propias acciones) y de los refuerzos (feedback) que se obtiene en las relaciones interpersonales; sin excluir la influencia en los comportamientos sociales de los medios de comunicación, como la utilización de productos simbólicos de la cultura. El contexto en sus diversas representaciones, la socialización en familia, la relación con los pares, el acceso a medios de comunicación (televisión o internet, entre otros) está vinculado al aprendizaje y practica de las habilidades sociales ya sean positivas o disfuncionales (Caballo, 2007).

1.3.19 Componentes de las habilidades sociales.

Los componentes de las habilidades sociales son: cognitivos, afectivo-emocionales y conductuales. En el componente cognitivo se reconocen dos niveles el intrapersonal y el interpersonal. **El nivel intrapersonal** se refiere a los procesos internos es decir como internaliza el medio y cómo actúa en el mismo. En este nivel el auto concepto, la auto eficacia, expectativas y control posibilitan al adolescente para guiar su comportamiento, sin que dependa de locus externos (factores externos). **El nivel interpersonal** tiene que ver con la adquisición de normas, reglas, valores y forma de actuar en el contexto al que pertenece. Es decir, la deconstrucción de los valores creencias y normas sociales y culturales. **El componente afectivo-emocional** tiene que ver con el reconocimiento de las propias emociones, el reconocimiento de las emociones de los otros con los que se interactúa y como se expresan las mismas. **El componente conductual** se refiere a la expresión mediante el cuerpo, en donde la expresión verbal y corporal acompaña a la comunicación verbal y adquiere relevancia para una comunicación eficaz. Vicente Caballo (1989), uno de los autores más reconocidos en el tema de habilidades sociales, plantea que en las relaciones interpersonales, se distinguen tres formas distintas de conductas básicas: asertividad como conducta objetivo y agresividad y pasividad como polos extremos de estilos de interacción.

Las habilidades sociales de acuerdo con Monjas (1993) cumplen con las siguientes funciones:

- **Aprendizaje de la reciprocidad:** En la interacción con los pares es relevante la reciprocidad entre lo que se da y se recibe.
- **Adopción de roles:** Se aprende a asumir el rol que corresponde en la interacción, la empatía, el ponerse en el lugar del otro, etc.
- **Control de situaciones:** Que se da tanto en la posición de líder como en el seguimiento de instrucciones, y que hace referencia a manejo de conflicto y solución de problemas.
- **Comportamientos de cooperación:** La interacción en grupo fomenta el aprendizaje de destrezas de colaboración, trabajo en equipo, establecimiento de reglas, expresión de opiniones, etc.
- **Apoyo emocional de los iguales:** Permite la expresión de afectos, ayuda, apoyo, aumento de valor, alianza, etc.
- **Aprendizaje del rol sexual:** Se desarrolla el sistema de valores y los criterios morales.

De tal manera que no solo se favorece la relación interpersonal, sino que al establecerse en el repertorio conductual de un individuo, genera beneficios a nivel personal y social a corto y largo plazo (Lacunza y Contini, 2011).

Existen diversas clasificaciones de las habilidades sociales dependiendo del autor, algunos son más específicos, otros más generales. En este caso seguiremos la clasificación de Caballo (2007).

- Iniciar y mantener una conversación
- Expresión de agrado, amor o afecto
- Defensa de los propios derechos
- Pedir favores
- Rechazar peticiones
- Hacer cumplidos
- Aceptar cumplidos
- Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo
- Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado
- Disculparse o admitir ignorancia
- Petición de cambio en la conducta del otro
- Afrontamiento de las críticas

Los programas de intervención en habilidades sociales desde la perspectiva salugénica, pueden fortalecer las habilidades asertivas. De tal forma que las habilidades sociales pueden actuar como factor de promoción de salud y no sólo de protección, específicamente en la adolescencia temprana. (Lacunza, 2012).

Lo anterior adquiere importancia en la práctica de la promoción de la salud en tanto que en la definición de esta se hace mención de “dotar de las herramientas necesarias para el bienestar” y en sus estrategias menciona “la capacidad de los individuos de construir su salud a partir del empoderamiento y cambios en sus aptitudes para la consecución del bienestar”.

1.3.20 Comunicación con los padres y adolescencia temprana.

Como mencionamos antes, la familia es un factor importante en el desarrollo del adolescente, durante esta etapa los cambios más significativos se dan en la interacción con los padres, como parte del desarrollo de la autonomía, libres del control parental y control sobre su vida (Coleman y Hendry, 2003).

La transición se verá influenciada por los cambios en la estructura familiar, Coleman y Hendry, (2003) mencionan la influencia de estos cambios en la manera que crecen en la actualidad los adolescentes, estructuras que son definidas por el contexto cultural y político, el género, oportunidades sociales, educativas y laborales.

Antonio Donini (2005) menciona que la familia tradicional heterosexual patriarcal del mundo occidental, desde el punto de vista funcional ha cambiado dando paso a otras funciones destacando dos: la función afectiva en la cual se ofrece un ámbito en que el individuo puede expresar sus sentimientos y emociones esperando recibir amor y comprensión; la segunda es la función de consumidora de bienes y servicios.

Durante este periodo se habla de ruptura de la comunicación entre padres e hijos y se argumenta la brecha generacional. Sin embargo algunos estudios respecto al tema, han demostrado que no hay un rompimiento total con los padres Youniss y Smollar (1985) mencionaron un estadio de interdependencia, durante el cual padres e hijos trabajan juntos para redefinir su relación (Coleman y Hendry, 2003).

La autonomía muestra pocos cambios, en la adolescencia temprana da inicio un proceso de desidealización de los padres y la búsqueda de mayor interrelación con los pares, las

negociaciones se vuelven más intensas en la adolescencia intermedia. Los desacuerdos entre las generaciones tienen que ver con la definición del problema, los padres ven el comportamiento como un asunto convencional y los adolescentes como una cuestión de libertad personal: Smetana (Citado en Coleman y Hendry, 2003).

Respecto a la comunicación, la calidad de ésta se verá influenciada por el origen social, creencias religiosas y la edad del adolescente. Las interrupciones en la comunicación reflejan un cambio en las estructuras de poder, un reajuste en las relaciones en las que el adolescente gana status en la familia: Steinberg (citado en Parra y Oliva, 2002).

Los temas de los que los adolescentes hablan con sus padres y madres son temas “cotidianos” y rara vez hablan de política, religión o sexualidad. Específicamente sobre sexualidad tanto adolescentes como padres escasamente tocan el tema, el género marca una diferencia en relación a la comunicación, las adolescentes prefieren tener más comunicación con sus padres que los adolescentes. También las madres son percibidas por los adolescentes como más comprensivas, más abiertas e interesada en los asuntos de los adolescentes (Parra y Oliva, 2002).

La comunicación como habilidad social puede ser agresiva, asertiva o evasiva, fortalecer las conductas de comunicación asertiva, le permite al adolescente relacionarse positivamente con su entorno. Se hace hincapie sobre la importancia de los contextos familiares y escolares ya que son los medios de socialización, en los cuales los adolescentes en etapa temprana se encuentran insertos de manera más próxima.

1.4 Antecedentes

En América Latina y el Caribe el 90% de la población entre los 10 y 24 años de edad tienen conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos, de acuerdo a diversos estudios los jóvenes están iniciando su actividad sexual cada vez a más temprana edad y menudo sin protección, lo que los coloca en riesgo de embarazos no deseados, abortos inseguros, e Infección de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el VIH (Moya, 2002; Schut-Aine y Maddaleno, 2003).

En México los datos estadísticos generados por los diferentes organismos de gobierno - reportan que el 23% de la población adolescente de 12 a 19 años de edad ha iniciado su vida sexual. El 51.3% de las adolescentes reportó haber estado alguna vez embarazada, y el 90%

de la población reportó haber escuchado o conocer algún método anticonceptivo, y de manera global el 21% desconocía que el condón, puede ser utilizado para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual y embarazos (ENSANUT, 2012).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID 2014) indican que el 44.9% de las adolescentes de 15 a 19 años, sexualmente activas, declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual.

En la Ciudad de México con base a los indicadores generados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) las delegaciones Iztapalapa y Gustavo A. Madero concentran el mayor número de nacimientos registrados de madres adolescentes de los dos grupos de edad de 15-19 años y menores de 15 años (SEDESOC, 2015).

Continuando con las estadísticas para la Ciudad de México, la mayor parte de los embarazos adolescentes se siguen concentrando en el grupo de 15-19 años (98.6% del total de casos registrados en 2013); respecto a los embarazos en menores de 15 años, aún y cuando es baja la magnitud, el riesgo está en que son un grupo de mayor vulnerabilidad (SEDESOC, 2015).

Al cierre del año 2015 el Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH y el Sida (CENSIDA) reportó que en el grupo de 10 a 24 años de edad, se presentaron 816 casos nuevos que por vía de transmisión sexual adquirieron VIH, de los cuales 2 corresponden al grupo de 10 a 14 años, 157 al grupo de 15 a 19 años y 657 al grupo de 20 a 24 años (CENSIDA, 2016).

Con respecto al grupo etario que nos ocupa, se encontraron pocas investigaciones, la mayoría de éstas, llevan a cabo sus estudios con adolescentes de 15 a 19 años (adolescencia media y tardía). En común comparten las líneas de investigación o variables, relacionadas con el embarazo adolescente, uso y conocimiento de métodos anticonceptivos, edad de inicio de la primera relación sexual, conocimientos sobre reproducción humana, conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual VIH Sida y fuentes de donde obtienen información sobre sexualidad.

En Cuba se realizó un estudio sobre conocimientos y comportamientos de salud sexual y reproductiva en adolescentes con estudiantes de secundaria de 15 a 17 años. Se aplicó un cuestionario aprobado en 1997 por la Universidad de Michigan EEUU, de los resultados que se obtuvieron el 94.7% de los adolescentes identifica las principales enfermedades de transmisión sexual, respecto a la prevención de las mismas el 75.3% contestó correctamente, el 58.3%

conoce al menos tres métodos anticonceptivos. Sobre el conocimiento de lo que son las relaciones sexuales y el embarazo el 86% contestó correctamente, la principal fuente de información sobre salud sexual y reproductiva fueron los padres con 74%, vale la pena mencionar que entre el 16 y 17% de los encuestados obtuvo información a través de un amigo (Peña, Torres, Pérez, Ramírez y Pría, 2005).

En la ciudad de Guadalajara, México se realizó una investigación con 641 adolescentes de 11 a 14 años sobre conocimientos de sexualidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos. De los resultados reportados el 51% indicó que la escuela es su principal fuente de información sobre sexualidad, el 84.5% indicaron conocer al menos un método anticonceptivo, siendo el condón el más conocido (73.3%), el 84% saben como se previenen las infecciones sexuales. Sólo el 7.2% ha iniciado actividad sexual, de los cuales el 100% de varones utilizaron un método anticonceptivo en comparación con las mujeres que solo el 63.3% lo empleo (Ayala, Vizmanos, Portillo, 2011).

En lo que se refiere a las intervenciones en habilidades sociales el interés ha crecido tanto a nivel mundial como regional, en las últimas tres décadas se ha estudiado el papel de las habilidades sociales en relación a problemas de salud como la hiperactividad, discapacidad y otros trastornos, en adolescentes como el síndrome de asperger, síndrome de Turner, adolescentes infractores, adolescentes con adicciones y adolescentes embarazadas (Lacunza, 2012).

Específicamente en México se llevó a cabo una intervención “Dejando Huellitas en tu vida”, programa de prevención en salud mental y adicciones para niños y niñas “enfocado al desarrollo de habilidades sociales, con niños de 2° a 5° grado de primaria. El programa se aplicó en Tlaxcala y la Ciudad de México, los resultados muestran que los niños tuvieron cambios significativos en la habilidad de comunicación y socialización en comparación con los niños que no participaron. De igual manera, fueron más asertivos en sus interacciones, y se mostraron más empáticos, facilitándoseles el reconocer y expresar sus emociones, en este programa se involucraron directamente los padres, maestros y profesionales de la salud (Gutierrez, 2011).

Respecto a intervenciones en habilidades sociales con adolescentes, en Lima Perú se realizó una investigación con 386 adolescentes embarazadas y 409 no embarazadas, con edades que van de 15 a 19 años, que cursaban el nivel de secundaria. Los resultados muestran que las no embarazadas, presentan habilidades sociales más altas que las adolescentes embarazadas.

Las habilidades sociales evaluadas en el estudio fueron las avanzadas relacionadas con los sentimientos, alternativas frente a la agresión (afrontamiento del conflicto) y habilidades para hacer frente al stress (Vallejos, 2008).

El mismo estudio señaló que la sexualidad de las adolescentes no embarazadas tiene valores significativamente más altos en conocimientos sexuales, a diferencia de las adolescentes embarazadas, que presentan déficit en conocimientos, actitudes, en comportamiento sexual y reproductivo saludable. En el área de la sexualidad, el déficit se da en conocimientos y comportamiento sexual y reproductivo, así como el poco autocontrol y la incapacidad para negociar, las emociones y sentimientos (Vallejos, 2008).

Con base a los datos anteriores y hasta donde nosotros sabemos no existen intervenciones específicas de Habilidades Sociales y Salud Sexual en México, sin embargo hay esfuerzos de diferentes organizaciones sociales no gubernamentales y de las Instituciones de Salud, para hacer llegar la información sobre métodos anticonceptivos a los adolescentes. Por lo tanto la propuesta presentada en este trabajo, si bien es a largo plazo, busca ser integral tomando en consideración todos los factores que intervienen en la salud sexual de los adolescentes.

Capítulo II

Metodología

2.1 Aspectos generales

La escuela es un factor importante en el desarrollo de los adolescentes, está juega un papel fundamental en el desarrollo integral y saludable de los jóvenes. Sin embargo la dinámica dentro de una escuela en la mayoría de las ocasiones es dirigida a la impartición de conocimientos como: matemáticas, español, ciencias, historia, etc. quedando muy poco tiempo para hablar de temas como lo es el de salud, en particular lo que tiene que ver con la sexualidad y la reproducción.

Así entonces en este trabajo se buscó profundizar en estos temas, de forma tal que la información les ayude a tomar decisiones saludables sobre el inicio y ejercicio de su vida sexual y reproductiva, sobre todo lo que tiene que ver con enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados, así como cuidar el desarrollo de las habilidades necesarias que les permita a los jóvenes introyectar y aplicar en su vida esta información, nosotros creemos que estos son propósitos que se tiene que tener siempre presentes en los ambientes escolarizados, sobre todo cuando se trabaja con adolescentes.

Parte de la presente investigación-propuesta de intervención, tuvo la oportunidad de realizarse en la Escuela Secundaria Técnica no. 90, Arturo Rosenblueth Stear, Clave: 09DST0090I ubicada en la Avenida 661 s/n, Colonia CTM San Juan De Aragón, Gustavo A. Madero, Ciudad de México, C.P. 07990. La investigación se determinó para adolescentes en la etapa de adolescencia temprana (10 a 14 años).

Contando con el apoyo del Subdirector (Mario Alberto Romaña) de la mencionada escuela, se hizo llegar un cuestionario elaborado ex profeso para esta investigación, para la revisión y aprobación de las autoridades escolares y los padres de familia.

2.2 Descripción general de la metodología.

La metodología de la presente investigación-propuesta de intervención, se desarrolló en dos partes:

La primera abarcó el diseño, aplicación y análisis de una encuesta que se aplicó a adolescentes de 10 a 14 años que asisten a una escuela secundaria en la Ciudad de México, esta tuvo como propósito indagar que tanto saben estos sobre salud sexual y reproductiva, así como la relación que llevan con sus padres que les ayude a hablar con ellos de estos temas. La segunda parte consistió en plantear una propuesta de intervención para coadyuvar a que los adolescentes de 10 a 14 años, desarrollen habilidades sociales que aunadas a información clara, verídica, oportuna y científica sobre sexualidad y reproducción les permitan iniciar su vida sexual y reproductiva de manera saludable.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo General

Diseñar una propuesta de intervención desde el enfoque de la Promoción de la Salud para fortalecer las habilidades sociales de los adolescentes de 10 a 14 años y promover el bienestar de su salud sexual y reproductiva.

2.3.2 Objetivos específicos

- Elaborar, aplicar y analizar los resultados de una encuesta para conocer qué es lo que los adolescentes estudiantes saben sobre salud sexual y reproductiva y cómo está la comunicación con sus padres
- Diseñar una propuesta de intervención que coadyuve a ampliar los conocimientos sobre sexualidad, reproducción, y que fortalezca o desarrolle las habilidades sociales de los adolescentes de entre 10 a 14 años, para que cuando inicien su vida sexual y reproductiva lo hagan de manera saludable.

2.4 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal

2.5 Universo de estudio

La población comprendió a estudiantes adolescentes de nivel secundaria de la Ciudad de México, específicamente al grupo etario de 10 a 14 años (adolescencia temprana), quienes se encontraban cursando el primer año de secundaria, en el turno matutino de la Escuela Secundaria Técnica No.90 (ubicada en Av. 601 S/N, Col. CTM Aragón, Delegación Gustavo A. Madero de la Ciudad de México).

2.6 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue de 226 estudiantes, correspondientes a los seis grupos de 1er año de secundaria. Con base a las listas de asistencia de cada grupo proporcionadas por la Secundaria Técnica 90 eran 257 estudiantes, quedando el universo en un total de 226, ya que algunos chicos se dieron de baja y otros faltaron el día de la aplicación del instrumento de medición. Dos casos se excluyeron por tener 15 años cumplidos.

2.7 Criterios de inclusión y exclusión.

De Inclusión

- -Estudiantes de 1er año de secundaria del turno matutino
- -Tener de 10 a 14 años de edad.

De Exclusión

- -No ser estudiante de la secundaria del turno matutino
- -No ser estudiante de 1er año de secundaria
- -No tener de 10 a 14 años de edad

2.8 Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se elaboró un instrumento de medición con las variables determinadas, se envió el instrumento a la Escuela Secundaria para revisión y autorización.

Una vez aceptado se procedió a realizar una prueba piloto en marzo del 2012, aplicándola a 25 estudiantes de la Secundaria con las mismas características de la muestra elegida del Universo, los resultados permitieron realizar algunos cambios pertinentes, sobre todo de vocabulario y semántica, así como eliminar algunas preguntas del instrumento inicial.

La aplicación del instrumento en su versión final se realizó en mayo 2012, a 6 grupos de 1er año de la escuela Secundaria en el turno matutino, se requirió de apoyo de 6 personas para la aplicación del mismo. Los encuestadores fueron estudiantes de Promoción de la Salud, que previamente fueron capacitados para aplicar el instrumento. Para la aplicación a los estudiantes se procedió a realizar la presentación del encuestador al grupo y decirles “solicitamos su ayuda para contestar una encuesta”, se les indicó que está se respondería de manera anónima por lo que no era necesario poner su nombre. El siguiente paso fue entregarles el cuestionario, dar lectura a las indicaciones que estaban impresas en la hoja frontal del cuestionario y preguntar si tienen dudas con respecto a cómo contestar (Ver anexo 1).

2.9 Instrumento

Para la identificación de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, de los adolescentes, se elaboró ex profeso un instrumento el cual consistió en un cuestionario estructurado de 29 preguntas con respuestas dicotómicas cerradas correspondientes en su mayoría a las variables socio demográficas y en escala Likert las correspondientes a las variables dependientes: Salud sexual y comunicación entre padres e hijos.

El instrumento llamado “Salud sexual y reproductiva de los adolescentes, estudio descriptivo” fue de tipo anónimo y auto aplicable que es una de las dos formas básicas para aplicación de una escala Likert (Hernández y Velazco, 2000).

Para el diseño del cuestionario se revisaron otros instrumentos como el de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva en México, (INJUVE, 2005) Y la escala de auto concepto de Piers–Harris, la escala de autoestima del Centro de Control de enfermedades de Atlanta Georgia (Dahlberg y Beherens, 1998; Rivera de los Santos et al, 2011).El instrumento empleado para el presente estudio contiene preguntas socio demográficas, sobre conocimiento de salud sexual (métodos anticonceptivos, sexualidad) y actitudes respecto al uso de condón, embarazo y responsabilidad sobre el mismo, empleando enunciados a los que tenía que responder su grado de acuerdo o desacuerdo, a los que se les asignó una puntuación que va de 1 totalmente de acuerdo a 5 total desacuerdo. Se realizaron preguntas para identificar la comunicación entre

padres e hijos, con reactivos a los que se tiene que responder con el grado de frecuencia: muchas veces, algunas veces, pocas veces o nunca.

La estructura del instrumento estuvo conformada por tres secciones que dan cuenta de las tres variables contempladas para el estudio, a continuación se presenta el cuadro de variables y los ítems que dan cuenta de ellas.

2.9.1 Cuadro de variables.

VARIABLES				
Variables	DESCRIPCIÓN NOMINAL	DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	Medición	
I N D E P E N D I E N T E	Datos sociodemográficos	<p>Características cualitativas, cuantitativas y sociales de una población. Sexo, edad, convivencia y dependencia económica nivel educativo de los padres.</p>	<p>¿Eres?</p> <p>Edad</p> <p>¿Hasta qué estudios tiene tu mamá?</p> <p>¿Hasta qué estudios tiene tu papá?</p> <p>¿Con quién vives actualmente?</p> <p>¿De quién dependes económicamente?</p>	<p>1) Hombre 2) Mujer</p> <p>1)11 años 2)12 años 3)13 años 4)14 años 5)15 años</p> <p>1)Superiores (Universidad) 2)Bachillerato (Preparatoria, Vocacional) 3)Secundaria 4)Primaria 5) Sabe leer y escribir</p> <p>1)Papá y Mamá 2)Madre 3)Padre 4)Otros(tíos, hermanos, abuelos) Si elegiste la opción 4, especifica con quién: _____</p>
D E P E N D I E N T E S	Salud Sexual	<p>Conocimiento sobre salud sexual en el ámbito personal y social, percepción personal y familiar sobre métodos anticonceptivos y de protección, el uso de condón en el ejercicio de la sexualidad, responsabilidad en el embarazo, acceso y fuentes de información sobre sexualidad</p>	<p>¿Tienes ligue o novio/a?</p> <p>¿Tus amigas/os tienen ligue o novio/a?</p> <p>¿Algunos o algunas de tus amigos/as, han tenido relaciones sexuales?</p> <p>Entre amigos/as novios/as los temas de los que hablan con frecuencia son:</p> <p>-Sobre los chicos y las chicas(novios/as, ligues, free)</p> <p>-Sexualidad</p> <p>En la secundaria puedo obtener información sobre sexualidad.</p> <p>Cuando hablamos de sexo nos referimos a:</p>	<p>1)Sí 2) No</p> <p>1) Nunca 2) Rara vez 3) Algunas veces 4) Muchas veces</p> <p>1)Si 2) No</p> <p>1) Características físicas que diferencian a un hombre de una mujer 2) Genitales externos del hombre y / o de la mujer 3) Hacer el amor 4) Acariciarse y besarse</p>

			<p>¿A que nos referimos cuando hablamos de sexualidad?</p> <p>¿Conoces algún método anticonceptivo?</p> <p>¿Cuál?</p> <p>El condón o preservativo es un método de protección para evitar infecciones de transmisión sexual y Sida, si se usa durante toda relación sexual con penetración.</p> <p>Las caricias , los besos, la masturbación mutua... pueden dar tanto placer como hacer el amor, sin riesgo de embarazo, ni enfermedades de transmisión sexual</p> <p>Tener relaciones sexuales con penetración, sin usar un método de protección o anticonceptivo puede ser un riesgo para embarazarse.</p> <p>Si mis padres me encontraran con preservativos/condones se enojarían conmigo.</p> <p>¿Has recibido información sobre sexualidad?</p> <p>¿Quién principalmente o dónde te han proporcionado, información sobre sexualidad?</p>	<p>1) Relaciones sexuales entre el hombre y la mujer 2) Relaciones sexuales entre la pareja 3) Expresiones de amor entre la pareja. 4) La expresión de los sentimientos, pensamientos y comportamiento en nuestra vida.</p> <p>1) Sí 2) No</p> <p>1)Condón 2)Parche 3)DIU 4)Pastillas 5)Inyección 6)Vasectomía 7)Salpinglocasia 8)Abstinencia</p> <p>1) Totalmente de acuerdo 2) De acuerdo 3)En desacuerdo 4)Totalmente en desacuerdo</p> <p>1) Sí 2) No</p> <p>1) Padre 2) Madre 3) Hermanos/as 4) Novia/o 5) Profesores/escuela 6) Servicios de salud 7) Amigos/as 8) Cine o televisión 9) Internet..... Si</p>
--	--	--	---	--

		<p>¿La información que has recibido, respondió a tus dudas?</p> <p>Respecto al tema de sexualidad: ¿Qué tipo de información necesitas?</p> <p>La responsabilidad de protegerse para evitar un embarazo es de la mujer.</p>	<p>1) Sí 2) No</p> <p>1) Sobre sexualidad 2) Métodos anticonceptivos 3) Enfermedades de transmisión sexual 4) Erotismo 5) Diversidad sexual 6) Género 7) Otros</p> <p>1) Sí 2)No</p>
	Comunicación con los padres	<p>Relaciones de convivencia y comunicación entre padres e hijos</p> <p>¿Con qué frecuencia hablas con tu papá de tus amigos?</p> <p>¿Con qué frecuencia hablas con tu papá de tus gustos e intereses?</p> <p>¿Con qué frecuencia hablas con tu papá de las normas en familia?</p> <p>¿Con qué frecuencia hablas con tu papá de tu novio/a o chicas/os que te gustan?</p> <p>¿Con qué frecuencia hablas con tu madre de tus amigos/as?</p> <p>¿Con qué frecuencia hablas con tu mamá de tus gustos e intereses?</p> <p>¿Con qué frecuencia hablas con tu mamá de las normas en familia?</p> <p>¿Con qué frecuencia hablas con tu mamá de tu novio/a o chicas/os que te gustan?</p> <p>Durante el último mes has discutido con tus padres de: Como te vistes o arreglas.</p> <p>¿Quién toma las decisiones sobre los temas que discutes con tus padres?</p>	<p>1)Nunca 2)Rara vez 3)Algunas veces 4)Muchas veces</p> <p>1) Mis padres 2) Mis padres y yo 3) Yo decido</p>

2.10 Procedimiento estadístico

Una vez realizada la aplicación del instrumento se procedió a capturar los datos generando una Base de datos en Excel 2013, obteniendo las frecuencias y porcentajes necesarios para el análisis descriptivo de los resultados y la elaboración de tablas y gráficas.

Capítulo III

Resultados

Como se mencionó en el Capítulo II, la presente investigación-propuesta de intervención se desarrolló en dos partes, por lo tanto los resultados se presentan a continuación también en dos partes.

Parte I

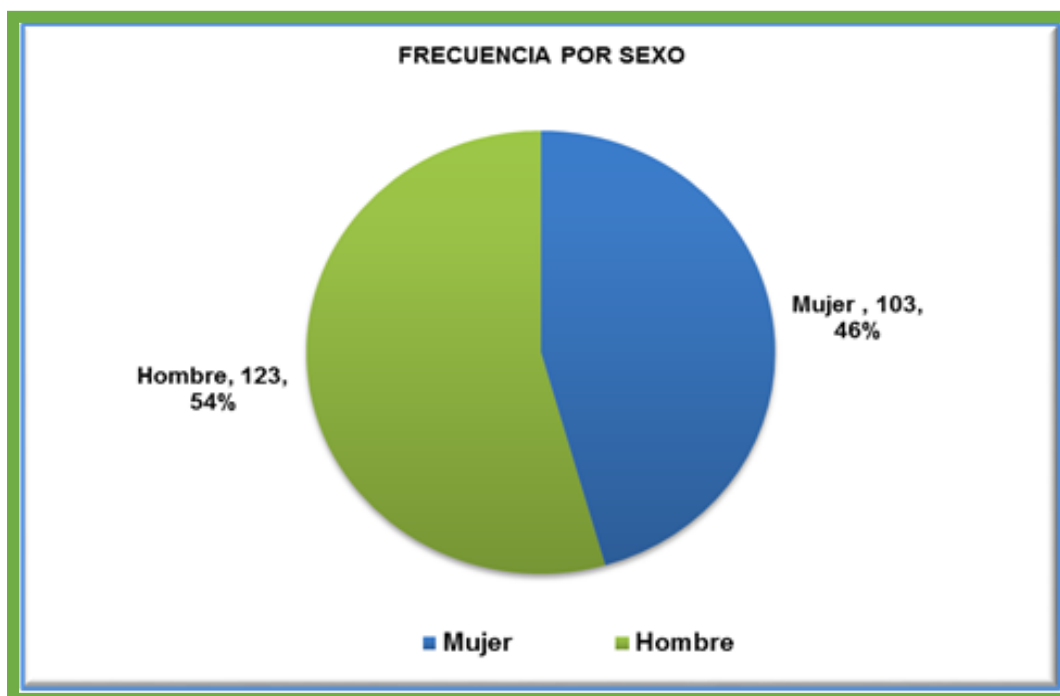
3.1 Análisis descriptivo de los resultados

Se aplicó un instrumento (Encuesta de Salud Sexual) a 226 estudiantes de 1er año de la Secundaria Técnica No. 90 ubicada en la Delegación Gustavo A. Madero, de la Ciudad de México en el mes de junio de 2012.

3.1.1 Características demográficas.

La muestra con un total de 226 estudiantes, estuvo representada por el 54% hombres y el 46% por mujeres (ver gráfica 1).

Gráfica No. 1 Frecuencia y porcentaje por sexo



Con respecto a la distribución por edad, la tabla 1 muestra que el 66% de la población tiene 12 años y el 31 % tiene 13. La edad promedio de los estudiantes fue de 12.3 años.

Tabla 1. Frecuencia por edad		
Edad	N (226)	
	F	%
11	2	1%
12	150	66%
13	71	31%
14	3	1%
Total	226	100%

Con base a los resultados de la encuesta sobre la escolaridad de los padres, en la tabla 2 se muestra como el 36% de los padres tiene estudios de bachillerato, 30% a nivel secundaria y el 27% cuenta con estudios a nivel universitario. De forma comparativa que el 33% de las madres cuentan con estudios a nivel bachillerato, en comparación con los padres que el 40% cuenta con estos estudios, sin embargo a nivel superior el 30% de las madres tienen este nivel de estudios y sólo el 24% de los padres tienen estudios universitarios.

Tabla 2. Escolaridad de los padres						
Escolaridad	Madre (n=226)		Padre (n=226)		TOTAL (N=452)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Nivel superior	68	30%	54	24%	122	27%
Bachillerato	74	33%	89	40%	163	36%
Secundaria	68	30%	67	30%	135	30%
Primaria	13	6%	10	4%	23	5%
Sabe leer y escribir	3	1%	4	2%	7	2%
S/Respuesta	0	0%	2	1%	2	0%
TOTAL	226	100%	226	100%	452	100%

Los resultados obtenidos sobre la pregunta ¿Con quién vives actualmente? se representan en la tabla No. 3, en la que se muestra que el 68% (153) viven con papá y mamá, el 20% (45) viven sólo con la madre, un 4% (10) sólo con el padre y el 8% (18) con familia extensa o extendida (Ver tabla 3).

Tabla 3. Con quién viven los adolescentes		
Categoría	<i>f</i>	%
Papá y Mamá	153	68%
Madre	45	20%
Padre	10	4%
Otros (Familia extensa o extendida)	18	8%
Total	226	100%

En la tabla 4 se muestran los resultados respecto a la dependencia económica, los que indican que el 63% (142) de los estudiantes encuestados dependen económicamente de ambos padres, un 20% (45) dependen de la madre, el 13% del padre y sólo un 4% depende de la familia extensa o extendida.

Tabla 4. Dependencia económica		
Categoría	<i>f</i>	%
Papá y Mamá	142	63%
Madre	45	20%
Padre	30	13%
Otros (Familia extensa o extendida)	9	4%
Total	226	100%

3.1.2 Salud sexual

Los resultados sobre la pregunta ¿tienes ligue o novio/a?, 122 estudiantes respondieron que “sí,” de los cuales 60 son hombres (49%) y 62 (51%) mujeres. Respondieron que “no” 103 estudiantes, 62 son hombres (60%) y 41 son mujeres (40%), con un sólo caso que no contestó (Ver tabla 5).

Tabla 5. Tienen ligue o novio/a.						
Categorías	Hombres		Mujeres		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Si	60	49%	62	51%	122	54%
No	62	51%	41	40%	103	46%
Total	122	100%	103	91%	225	100%

Nota: hubo un caso que no respondió a esta pregunta

La tabla 6 muestra los resultados referentes a si -alguno de sus amigos ya han tenido relaciones sexuales-, en la que 45 (20%) de los individuos encuestados respondieron que “sí,” de los cuales 33 son hombres (15%) y 12 son mujeres (5%). Del total de la muestra 180 (80%) mencionaron que “no” han tenido relaciones sexuales, con un sólo caso sin respuesta.

Tabla 6. ¿Algunos o algunas de tus amigos/as han tenido relaciones sexuales?						
Categorías	Hombres n (123)		Mujeres n (103)		Total N (226)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Si	33	27%	12	12%	45	20%
No	89	72%	91	88%	180	80%
S/Respuesta	1	1%	0	0%	1	0%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

En relación a -¿Con qué frecuencia hablan con sus amigos/as de novios/as, chicos(as, ligues, free?-, los estudiantes respondieron que muchas veces 60 (58%) mujeres y 37 (30%) hombres, de manera global los estudiantes hablan frecuentemente con sus amigos/as de novios(as) chicos(as) ligues, free (Ver tabla 7).

Tabla 7. Frecuencia con la que hablan sobre chicos/as, ligues, free.						
Categorías	Hombres		Mujeres		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Nunca	8	7%	4	4%	12	5%
Rara vez	38	31%	13	13%	51	23%
Algunas veces	38	31%	26	25%	64	28%
Muchas veces	37	30%	60	58%	97	43%
S/Respuesta	2	2%	0	0%	2	1%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

En la tabla 8 se presentan los resultados a la pregunta -¿con qué frecuencia hablan de sexualidad con sus amigos/as novios/as?-. De los encuestados 45 (37%) hombres respondieron que “nunca”, así como 46 (45%) mujeres respondieron lo mismo; en lo que se refiere a la opción “rara vez”, 36 (29%) hombres y 39 (38%) mujeres la eligieron; la opción “algunas veces”, 23 (19%) hombres y 9 (9%) mujeres la eligieron; en lo que respecta al apartado “muchas veces”, 17 (14%) hombres y 8 (8%) de mujeres la eligieron. Y sólo tres casos la dejaron sin respuesta, de los cuales 2 (2%) fueron hombres y 1 (1%) mujer.

Tabla 8. Entre amigos/as, novios/as ¿con qué frecuencia hablan de sexualidad?

Categorías	Hombres n(23)		Mujeres n (23)		Total N(226)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Nunca	45	37%	46	45%	91	40%
Rara vez	36	29%	39	38%	75	33%
Algunas veces	23	19%	9	9%	32	14%
Muchas veces	17	14%	8	8%	25	11%
S/Respuesta	2	2%	1	1%	3	1%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

La tabla 9 muestra los resultados obtenidos en la afirmación “en la secundaria puedo obtener información sobre sexualidad”, a la que 81 (66%) hombres y 80 (78) mujeres respondieron estar totalmente de acuerdo, 34 (28%) hombres y 21(20%) mujeres respondieron estar de acuerdo, 4 (3%) de hombres y 2 (2%) de mujeres respondieron estar en desacuerdo y en total desacuerdo respondieron solo 4 (3%) hombres.

Tabla 9. En la Secundaria puedo obtener información sobre sexualidad.

Categorías	Hombres		Mujeres		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Totalmente de acuerdo	81	66%	80	78%	161	71%
De acuerdo	34	28%	21	20%	55	24%
En desacuerdo	4	3%	2	2%	6	3%
Totalmente en desacuerdo	4	3%	0	0%	4	2%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

En la tabla 10, se muestran los resultados respecto “Cuando hablamos de sexo nos referimos a:”. 120 de los estudiantes (63 hombres y 57 mujeres) respondieron que a características físicas, específicamente 52 (29 hombres y 23 mujeres) se refirieron a genitales externos, 46 (26 hombres y 20 mujeres) a hacer el amor y sólo 8 (5 hombres y 3 mujeres) respondieron a acariciarse y besarse.

Tabla 10. Cuando hablamos de sexo nos referimos a:						
Categorías	Hombre n(123)		Mujer n(103)		Total N(226)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Características Físicas	63	51%	57	55%	120	53%
Genitales externos	29	24%	23	22%	52	23%
Hacer el amor	26	21%	20	19%	46	20%
Acariciarse y besarse	5	4%	3	3%	8	4%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

Respecto a la pregunta -¿A qué nos referimos cuando hablamos de sexualidad?- en la tabla 11 se muestran los resultados de las frecuencias por sexo y porcentaje global, en la que 94 (42%) respondieron que se refería a relaciones sexuales entre hombre y mujer, de los que 58 son hombres y 36 mujeres, 58 (26%) estudiantes 25 hombres y 33 mujeres respondieron que se refería a relaciones sexuales entre la pareja, 16 estudiantes hombres y mujeres respondieron que se refería a expresiones de amor en pareja.

Tabla 11. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de sexualidad?

Categorías	Hombres n(123)		Mujeres n(103)		Total N(226)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Relaciones sexuales entre el hombre y la mujer.	58	47%	36	35%	94	42%
Relaciones sexuales entre la pareja.	25	20%	33	32%	58	26%
Expresiones de amor entre la pareja.	8	7%	8	8%	16	7%
Expresión de sentimientos, pensamientos y comportamientos en nuestra vida.	20	16%	17	17%	37	16%
No sé	12	10%	9	9%	21	9%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

La tabla 12, muestra los resultados en lo que concierne al conocimiento sobre métodos anticonceptivos, las respuestas a la pregunta ¿Conoces algún método anticonceptivo? son: 107 hombres (48%) y 101 (45%) mujeres, mencionaron conocer un método anticonceptivo, y sólo un 8% del total de la muestra respondió que no conocía ninguno.

Tabla 12. ¿Conoces algún método anticonceptivo?

Categorías	Hombre n(123)		Mujer n (103)		Total N (226)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Si	107	48%	101	13%	208	92%
No	16	13%	2	2%	18	8%
Total	123	61%	103	15%	226	100%

En la tabla 13, se presentan los resultados respecto a -¿Cuál?- (Método anticonceptivo conocen los adolescentes), la mayoría de los encuestados indicó conocer el condón (87% de los hombres y 88% de las mujeres), seguido del DIU con un 4% los hombres, y para las mujeres las pastillas.

Tabla 13. Cuál método anticonceptivo conocen.						
Categorías	Hombres		Mujeres		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Condón	107	87%	91	88%	198	88%
Parche	2	2%	1	1%	3	1%
DIU	5	4%	0	0%	5	2%
Pastillas	0	0%	7	7%	7	3%
Inyección	0	0%	0	0%	0	0%
Vasectomía	0	0%	1	1%	1	0%
Salpingoclasia	0	0%	0	0%	0	0%
Abstinencia	0	0%	0	0%	0	0%
S/respuesta	9	7%	3	3%	12	5%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

Con respecto a la oración –“El condón o preservativo es un método de protección para evitar infecciones de transmisión sexual y Sida, si se usa durante toda relación sexual con penetración”-en general 157 (69%) estudiantes respondieron “Totalmente de acuerdo” de los cuales 92 (75%) Son hombres y 65 (63%) son mujeres, el 28% (63) respondieron “de acuerdo” y sólo un 3% (6) en desacuerdo (Ver tabla 14).

Tabla 14. El condón o preservativo como método anticonceptivo.

Categorías	Hombres		mujeres		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Totalmente de acuerdo	92	75%	65	63%	157	69%
De acuerdo	28	23%	35	34%	63	28%
En desacuerdo	3	2%	3	3%	6	3%
Total desacuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

En relación a la oración – Las caricias, besos y masturbación mutua, da tanto placer como hacer el amor sin riesgo de embarazo ni infecciones de transmisión sexual- la tabla 15 presenta los resultados de las respuestas, los estudiantes respondieron en general estar “totalmente de acuerdo” el 40% (91) de los cuales 55 (45%) son hombres y 36 (35%) son mujeres, 79 (35%) respondieron estar “de acuerdo,” el 18% (41) mencionó estar “en desacuerdo”, 14 (6%) respondieron estar en “total desacuerdo” y sólo un caso no respondió.

Tabla 15. Las caricias, besos y masturbación mutua, da tanto placer como hacer el amor sin riesgo de embarazo e infecciones de transmisión sexual.

Categorías	Hombres n(123)		Mujeres n(103)		Total N(226)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Totalmente de acuerdo	55	45%	36	35%	91	40%
De acuerdo	36	29%	43	42%	79	35%
En desacuerdo	25	20%	16	16%	41	18%
Totalmente en desacuerdo	7	6%	7	7%	14	6%
S/Respuesta	0	0%	1	1%	1	0%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

En la tabla 16, están presentados los resultados de las respuestas respecto a la oración -Tener relaciones sexuales con penetración, sin usar un método de protección o anticonceptivo puede ser un riesgo para embarazarse.- en general el 81% (184) respondieron estar “Totalmente de acuerdo” (96 hombres y 88 mujeres) el 15% respondió estar “de acuerdo” y sólo un 2% (4) respectivamente mencionó estar “en desacuerdo” y “total desacuerdo”.

Tabla 16. Tener relaciones sexuales con penetración, sin usar un método de protección o anticonceptivo puede ser un riesgo para embarazarse.						
Categorías	Hombres n(123)		Mujeres n(103)		Total	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	F	%
Totalmente de acuerdo	96	78%	88	85%	184	81%
De acuerdo	24	20%	10	10%	34	15%
En desacuerdo	3	2%	1	1%	4	2%
Totalmente en desacuerdo	0	0%	4	4%	4	2%
S/Respuesta	0	0%	0	0%	0	0%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

En la tabla 17 se muestran los resultados con respecto a la oración –Si mis padres me encuentran con preservativos/condones se enojarían conmigo- La mayoría de la población encuestada respondió estar completamente de acuerdo con esta afirmación. No hay diferencias representativas entre sexos, interesante es resaltar que el 22% de los hombres y de las mujeres, respondió totalmente en desacuerdo.

Tabla 17. Si mis padres me encuentran con preservativos/condón se enojarían conmigo.

Categorías	Hombres n(123)		Mujeres n(103)		Total N (226)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Totalmente de acuerdo	37	30%	35	34%	72	32%
De acuerdo	26	21%	26	25%	52	23%
En desacuerdo	33	27%	19	18%	52	23%
Totalmente en desacuerdo	27	22%	23	22%	50	22%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

En la tabla 18 se indican los resultados de la pregunta -¿Has recibido información sobre salud sexual? - en general 223 (99%) de los estudiantes respondieron que sí, de los cuales 121 (98) son hombres y 102 (99%) son mujeres y sólo 3 (1%) respondieron que no.

Tabla 18. ¿Has recibido información sobre sexualidad?

Categorías	Hombres		Mujeres		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Si	121	98%	102	99%	223	99%
No	2	2%	1	1%	3	1%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

La tabla 19 muestra los resultados respecto a la pregunta - ¿Quién principalmente o dónde te han proporcionado información sobre sexualidad?- el 48% de los encuestados hombres respondieron que el padre, seguido de la escuela (24%). Mientras que el 41% de las mujeres respondieron que recibió información de la madre seguido del 33% que obtuvo información del padre.

Tabla 19. ¿Quién principalmente o dónde te han proporcionado información sobre sexualidad?

Categorías	Hombres		Mujeres		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Padre	59	48%	34	33%	93	41%
Madre	22	18%	42	41%	64	28%
Hermanos/as	0	0%	3	3%	3	1%
Novio/a	5	4%	3	3%	8	4%
Profesores/escuela	29	24%	19	18%	48	21%
Servicios de salud	2	2%	1	1%	3	1%
Internet	5	4%	0	0%	5	2%
S/Respuesta	1	1%	1	1%	2	1%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

En la tabla 20 se presentan los resultados en relación a la pregunta – ¿La información que has recibido respondió a tus dudas? – En general el 91% (206) contestaron que sí (110 hombres y 96 mujeres) y sólo 20 casos que representan el 9% respondió que no.

Tabla 20. ¿La información recibida respondió tus dudas?

Categorías	Hombres n(123)		Mujeres n(103)		Total N(226)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Sí	110	89%	96	93%	206	91%
No	13	11%	7	7%	20	9%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

Los resultados de la pregunta -Respecto al tema de sexualidad ¿Qué tipo de información necesitas?- se presentan en la tabla 21, en general 59 (26%) respondieron que necesitaban información sobre sexualidad (38 hombres y 21 mujeres); 51 (23%) necesitan información sobre métodos anticonceptivos (27 hombres y 24 mujeres); el 10% (22) refirió necesitar información sobre diversidad sexual, de los cuales 8 (7%) son hombres y 14 (14%) son mujeres; el 8% (17) mencionaron necesitar información sobre erotismo; el 3 % (7) de los cuales 6 son hombres y 1 mujer, refirieron necesitar información sobre género, y sólo se tuvieron 3 (1%) casos sin respuesta

Tabla 21. Información sobre sexualidad que necesitan.						
Categorías	Hombres n (123)		Mujeres n(103)		Total N (226)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Sexualidad	38	31%	21	20%	59	26%
Métodos anticonceptivos	27	22%	24	23%	51	23%
Infecciones de transmisión sexual	20	16%	25	24%	45	20%
Erotismo	6	5%	11	11%	17	8%
Diversidad sexual	8	7%	14	14%	22	10%
Género	6	5%	1	1%	7	3%
Otros	16	13%	6	6%	22	10%
S/respuesta	2	2%	1	1%	3	1%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

En lo que concierne a la oración – La responsabilidad de protegerse para evitar un embarazo es de la mujer.- 54% de los encuestados tanto hombres como mujeres respondieron que “sí” (Ver Tabla 22).

Tabla 22. Responsabilidad de protegerse de un embarazo.

Categorías	Hombres n (123)		Mujeres n(103)		Total N (226)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		%
Sí	67	54%	56	54%	123	54%
No	55	45%	47	46%	102	45%
S/Respuesta	1	1%	0	0%	1	0%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

3.1.3 Comunicación entre padres e hijos.

La tabla 23, resume los resultados obtenidos sobre los temas que hablan los padres con sus hijos, respecto al apartado “hablas con tu padre de tus amigos” el 42% de los encuestados respondieron “algunas veces,” mientras que con la madre el 37% de la población respondió que “muchas veces.”

En lo que se refiere al apartado “hablas con tu padre de tus gustos e intereses,” el 32% respondió que algunas veces, mientras que con la mamá el 42% respondió muchas veces. En relación al Ítem “hablas con tu padre de las normas de familia,” el 31% respondió que “nunca,” mientras que el 27% respondió que “muchas veces” hablan de este tema con la madre.

Con respecto a la pregunta: “hablas con tu padre de novios/as”, 51% respondió que “nunca,” y 33% respondió que “nunca” hablan con la madre de este tema. Vale la pena hacer notar que para este apartado 21% de los estudiantes respondió que con la madre hablan de este tema “muchas veces.”

Tabla 23. Frecuencia con la que hablan con sus padres de amigos, gustos e intereses, normas de familia y novios/as:

Categorías		HPA _f	HPA %	HPGI _f	HPGI %	HPNF _f	HPNF %	HPN _f	HPN %
Padre	Nunca	30	13%	34	15%	69	31%	114	51%
	Rara vez	58	26%	56	25%	66	29%	44	20%
	Algunas veces	94	42%	72	32%	52	23%	44	20%
	Muchas veces.	44	19%	64	28%	39	17%	23	10%
	Sin respuesta	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
	TOTAL	226	100%	226	100%	226	100%	226	100%
Categorías		HPA _f	HPA %	HPGI _f	HPGI %	HPNF _f	HPNF %	HPN _f	%
Madre	Nunca	23	10%	31	14%	53	23%	74	33%
	Rara vez	50	22%	35	15%	59	26%	49	22%
	Algunas veces	69	31%	66	29%	54	24%	56	25%
	Muchas veces.	83	37%	94	42%	60	27%	47	21%
	Sin respuesta.	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	TOTAL	226	100%	226	100%	226	100%	226	100%

Nota: HPA hablas con tu padre de tus amigos
 HPGI hablas con tu padre de tus gustos e intereses
 HPNF hablas con tu padre de las normas de familia.
 HPN hablas con tu padre de novios/as

La tabla 24 muestra los resultados obtenidos de la pregunta -Durante el último mes has discutido con tus padres de: -¿Cómo te vistes y te arreglas?- la mayoría de la población respondió que “nunca” (49%), seguido de “rara vez” (22%), con poca diferencia entre hombres y mujeres. Vale la pena mencionar que el 15% mencionó “muchas veces,” siendo las mujeres las que más discuten con sus padres sobre este tema.

Tabla 24. Discusión con los padres de cómo se venen o arreglan

Categorías	Hombres n (123)		Mujeres n(103)		Total N (226)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Nunca	63	51%	47	46%	110	49%
Rara vez	30	24%	21	20%	51	22%
Algunas veces	14	11%	18	17%	32	14%
Muchas veces	16	13%	17	17%	33	15%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

La tabla 25 nos permite ver los resultados obtenidos de la pregunta -¿Quién toma las decisiones sobre los temas que discutes con tus padres?- el 57% eligió “mis padres y yo”; (61% de las mujeres y 53% de los hombres), seguido de la opción “mis padres”, que presenta diferencias entre hombres y mujeres. Vale la pena mencionar que el 12% de la población indicó que ellos deciden.

Tabla 25. Quién toma las decisiones de los temas que discuten con los padres.

Categorías	Hombres		Mujeres		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	F	%
Mis padres	46	37%	25	24%	71	31%
Mis padres y yo	65	53%	63	61%	128	57%
Yo decido	12	10%	15	15%	27	12%
Total	123	100%	103	100%	226	100%

Parte II

3.2. Propuesta de intervención

Título: “Mi salud, mi sexualidad, mi decisión “

Introducción de la propuesta de intervención

A continuación se presenta la propuesta de intervención que busca coadyuvar para que los adolescentes de 10 a 14 años, desarrollen habilidades sociales que les permitan iniciar su vida sexual y reproductiva de manera saludable. Se trata de una Propuesta de Intervención centrada en los adolescentes escolarizados de 10 a 14 años, debiendo tener como Tema principal la salud sexual de los adolescentes y como ejes transversales las habilidades sociales. Cabe resaltar la flexibilidad de la intervención para adaptarla a otros temas que vulneran a los adolescentes como: adicciones, bullying, acoso sexual. La propuesta de intervención desde el enfoque de promoción de la salud, pretende promover la gestión de las emociones del adolescente, el respeto a sí mismo y el respeto al otro, tanto a nivel individual como colectivo en el día a día, escuchando sus inquietudes y propuestas

La intervención desde la promoción de la salud permite acompañar sin imponer, escuchar y construir junto a los adolescentes, reconociendo sus habilidades y capacidades, aceptando que la sexualidad es parte del ciclo de vida. Así mismo la promoción de la salud para el logro de sus objetivos, utiliza diferentes técnicas psicopedagógicas entre las cuales se destaca el entrenamiento en habilidades sociales, que desde la perspectiva salugénica, pueden funcionar como factor de promoción de salud y no sólo de protección, específicamente en la adolescencia temprana (Contini, 2008; Lacunza, 2012).

La propuesta que aquí se presenta ofrece al adolescente un espacio de entrenamiento de sus habilidades sociales, aunada al conocimiento sobre salud sexual, que permitirá a éstos el empoderamiento de su salud, desarrollar una buena relación consigo mismo y su entorno así como el ejercicio y la construcción de su salud sexual.

Justificación y Planteamiento del problema de la propuesta de intervención

La adolescencia es un periodo dentro del ciclo de vida en el que la promoción de la salud debiera tener prioridad, para lo cual se hace necesario visualizar a los adolescentes desde un

enfoque integral, en el cual se les considere en ejercicio pleno de sus derechos y por lo tanto los principales promotores de su desarrollo y de la construcción de su salud.

Con base en los resultados obtenidos y reflejados en la primera parte de esta -investigación propuesta de intervención-, los adolescentes encuestados reportaron contar con información básica sobre sexualidad, así también la mayoría reporta que conoce más de un método anticonceptivo principalmente el condón. La información sobre sexualidad la reciben principalmente de sus padres y se percibe una relación de comunicación más cercana con la madre, ahora bien respecto a la actitud de responsabilidad del embarazo la mayoría de los adolescentes hombres y mujeres responsabiliza a la mujer.

De acuerdo a lo anterior la presente intervención se plantea como problema: que la información sobre salud sexual que se tiene en la adolescencia temprana, no es suficiente si no es acompañada del desarrollo o fortalecimiento de habilidades sociales, que les permitan emplear está información en situaciones que se le presentan en su vida como parte de las relaciones interpersonales que establecen con sus pares.

Lo anterior aunado a los antecedentes presentados en el marco teórico de la presente investigación propuesta de intervención-, en donde se hace hincapié en los riesgos de los adolescentes en lo referente a su sexualidad específicamente, el inicio temprano de actividad sexual; embarazos no planeados y los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual, permiten inferir que los adolescentes en esta etapa tienden a tener una baja percepción del riesgo y que pueden aumentar la percepción del riesgo si se fortalecen los conocimientos sobre salud sexual y se complementa con el desarrollo o fortalecimiento de las habilidades sociales como lo es conocimiento y manejo de emociones, comunicación asertiva y solución de conflictos.

Marco teórico de la propuesta de intervención

Desde el enfoque de la promoción de la salud que reconoce sujetos sociales corporeizados y de las estrategias de promoción de la salud entre las cuales se menciona desarrollar aptitudes personales (Restrepo y Málaga,2002) y de los diferentes enfoques de otras disciplinas como la psicología positiva (Seligman, 2003) que menciona la importancia de las relaciones sociales como determinantes para el bienestar de las personas, del enfoque salugénico de Antonovsky (1996) que enfatiza la capacidad de cada individuo para mejorar su salud y calidad de vida, es entonces que se vincula a las habilidades sociales como una estrategia de promoción de la

salud, que funciona como factor protector y es un recurso salugénico en la adolescencia temprana (Contini, 2008)

Como se señaló en el marco teórico, las habilidades sociales son un factor fundamental para el ajuste social del adolescente, éstas se vuelven prioritarias en esta etapa ya que el adolescente se debe adaptar a una imagen corporal adulta y definir su rol sexual, y de género, así como integrarse laboral y profesionalmente en el contexto socio cultural en el que se encuentra inmerso. La intervención que aquí se propone integra el conocimiento sobre salud sexual (Información clara oportuna y científica), y las habilidades sociales como: reconocimiento de emociones y sentimientos, comunicación asertiva y solución de conflictos, como una estrategia de promoción de la salud que les permita expresar y ejercer su sexualidad saludablemente.

3.3 Objetivos de la Propuesta de Intervención.

3.3.1 Objetivo General

Fortalecer los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y las habilidades sociales de los adolescente de 10 a 14 años para el desarrollo y construcción de su salud sexual.

3.3.2 Objetivos específicos

- Proporcionar información sobre salud sexual y reproductiva científica y objetiva de acuerdo a las necesidades del grupo etario.
- Fortalecer las habilidades sociales: Conocimiento y manejo de emociones, comunicación asertiva y solución de conflictos.

3.4 Descripción metodológica de la propuesta de intervención

El programa se estructura y organiza con base a los objetivos, en un formato de taller vivencial, en dónde la participación, la socialización del conocimiento y el trabajo corporal es primordial, dependiendo del tema y/o de la actividad se proporcionará a los asistentes el material a revisar por ejemplo: lecturas sobre salud sexual.

Los contenidos sobre salud sexual de esta propuesta de intervención se determinaron con base a las necesidades detectadas con el instrumento aplicado, del cual se da cuenta en el capítulo de resultados de la presente investigación- propuesta de intervención, los cuales se entrelazan con actividades que fortalecerán las habilidades sociales.

El entrenamiento en habilidades sociales y salud sexual debido a su naturaleza (interpersonal) debe contar con un espacio lúdico que incentive la participación de los adolescentes en actividades grupales, de esa forma despliegan su modo de convivir e interactuar con los demás.

El trabajo grupal ofrece un espacio protegido en el cual el adolescente comparte con sus pares, se enfrenta a sus dificultades, se encuentra con sus fortalezas y aprenden mientras juega, a partir de actividades en donde la corporalidad es primordial ya que el cuerpo refleja y comunica las actitudes y conductas.

Se utilizarán diversas técnicas para el logro de los objetivos de la propuesta de intervención como el socio drama, “roll playing”, lluvia de ideas, debate, tareas grupales “collage”, la biodanza que utiliza los sentimientos provocados por la música y el movimiento para profundizar en la conciencia de uno mismo, a partir de las situaciones expresadas por los adolescentes.

La propuesta de intervención se programa para desarrollarse en 6 sesiones, una por semana con una duración de tres horas y un receso de 15 minutos.

3.5 Lugar de intervención de la propuesta

La intervención se propone que se lleve a cabo en las secundarias públicas de la Ciudad de México, al inicio del curso escolar una vez por semana con los adolescentes de 1er año de secundaria.

Para gestionar la aplicación de esta propuesta de intervención se requieren buscar los contactos con las autoridades correspondientes que pueden ser del Gobierno de la Ciudad de México, Delegaciones Políticas, Secretaria de Educación, Secretaria de Desarrollo Social o promover la intervención en escuelas privadas.

3.6 Población Diana de la propuesta de intervención

Esta propuesta de intervención estaría dirigida a adolescentes de 10 a 14 años que cursen el 1er año de secundaria. Se sugiere trabajar con grupos de 10 a 15 estudiantes.

Se sugiere realizar de 3 a 4 sesiones en el siguiente ciclo para dar seguimiento. Los contenidos del programa están basados como ya se mencionó en: Conocimiento sobre salud sexual, manejo de emociones y sentimientos, comunicación asertiva y solución de conflictos.

3.7 Instrumentos de medición para la evaluación de la propuesta de intervención

Para la recolección de datos antes, durante la intervención y al término de la misma se aplicaría en una sesión previa al inicio del taller, el instrumento elaborado exprofeso en esta investigación (modificado) lo que nos permitirá conocer datos socio demográficos, identificar qué saben o conocen sobre sexualidad así como la comunicación con sus padres. Además de un instrumento que permita medir las habilidades sociales como el test de habilidades sociales de Goldstein.

Se llevarán listas de asistencia de los participantes en cada sesión y bitácora de cada una de las sesiones, para poder realizar la evaluación y sistematización, la cual debe ser situacional y contextualizada. Tomando como referencia el contexto, se deben tener en cuenta los siguientes apartados.

1. Situaciones de relación interpersonal problemática. Contexto en el cual se presenta.
2. Componentes verbales de la comunicación. En relación a los contenidos y la funcionalidad o capacidad para conseguir objetivos
3. Componentes no verbales de la comunicación. Los mensajes por medio de su cara y de su cuerpo (Mirada, postura, distancia, expresiones, gestos).

3.8 Recursos humanos de la propuesta de intervención

Para llevar a cabo el taller se requiere de 2 Promotores o Promotoras de salud: El facilitador/a que trabajara con el grupo directamente y otro promotor/a de apoyo para tomar fotografías y llevar la bitácora. Al final de cada sesión de taller se reunirán para avanzar en la sistematización y realizar los ajustes necesarios.

3.9 Programación general de la Propuesta de intervención

Sesión previa de la propuesta de intervención tiene como propósito la aplicación de los instrumentos de medición: -“Encuesta Salud Sexual de los Adolescentes”- que permitirá conocer lo que los estudiantes saben sobre salud sexual y un instrumento que nos permita medir las habilidades sociales, se recomienda el Test de Goldstein. Tiempo 2 horas y 30 minutos.

Actividad inicial: Se procede a dar la bienvenida y presentación por parte del promotor de salud, se pedirá a los estudiantes que se presenten dando su nombre. 15 minutos

Se pedirá su colaboración para responder la encuesta y el instrumento de habilidades sociales.

Tiempo aproximado: una hora por instrumento

Materiales: Encuesta de Salud sexual y test de habilidades sociales de Goldstein, lista de asistencia de los participantes.

Actividad central: Aplicación de los instrumentos -Encuesta de Salud sexual- y -test de habilidades sociales-. Se repartirá una encuesta por estudiante, una vez que todos tengan la encuesta se les pedirá que lean con atención las instrucciones el facilitador (promotor de la salud) dará lectura a la hoja frontal de la encuesta el procedimiento para responder a está.

Receso de 15 minutos

En el caso de la aplicación del test de Goldstein que es un test de auto aplicación, se procederá de igual manera a leer las instrucciones de llenado.

Cierre: Se agradece la participación de los estudiantes, se les indica el día y hora de la siguiente sesión.

Sesión 1 el propósito es: elaborar un collage sobre cambios en la pubertad y adolescencia desde los referentes de los adolescentes.

Tiempo 3 horas

Técnicas: Dinámica corporal, collage, exposición,

Materiales:

Videos: Documental - 08 "Pubertad y adolescencia" National Geographic HD duración 06:43 minutos, Presentación en Power Point. Sobre los conceptos de sexo, sexualidad género,

Grabadora y música suave

Proyector

Hojas de rota folio

Plumones

Revistas

Pegamento

Tijeras

Iconografías diversas

Diurex

Actividad inicial: Se inicia con una dinámica corporal de relajación, que permita a los estudiantes identificar las emociones y sentimientos en relación a los cambios físicos y psicológicos de esta etapa. Tiempo 15 minutos.

Actividad Central: Se proyecta video Pubertad y adolescencia, al término, se abre una sesión de comentarios acerca del video y se pide a los adolescentes que realicen un dibujo de ellos y

escriban una historia que refleje los cambios que han observado y sus emociones respecto a estos. Al término se pedirá si alguien quiere compartir su historia.

En seguida el o la promotora de salud hará la exposición del concepto de sexualidad y todos los relacionados al mismo. Al término responderá preguntas y resolverá dudas de los participantes. Para la siguiente actividad de esta sesión se les pedirá que formen grupos de 5 participantes para crear un collage eligiendo del material (revistas imágenes, iconografías) lo que representa desde sus contextos el concepto de sexualidad sexo y el género, y su relación con los cambios en la pubertad y la adolescencia y cada grupo lo presentara a sus compañeros.

Tiempo 2horas

Cierre: Dinámica de relajación, se pide a los estudiantes se pongan de pie en círculo cerrando sus ojos inhalar y exhalar lentamente realizar movimientos suaves de la cabeza a los pies, se les dan indicaciones para recuperar las emociones que los hacen sentir bien respecto a su cambios en la pubertad y adolescencia, después inhalar y exhalar despacio moviendo sus cuerpos, poco a poco abrir los ojos realizar movimientos libres al ritmo de la música en el espacio del taller. Al término se les agradece su participación. Tiempo 15 minutos.

Se agradece la participación

Sesión 2 Que los estudiantes actúen representando lo que es la sexualidad en la vida diaria, identificando mitos sociales y cómo influyen estos en su vida.

Técnicas. Dinámica grupal de sensibilización, exposición, socio drama,

Tiempo: 3 horas

Materiales:

Video pubertad y adolescencia Documental - 08 "Pubertad y adolescencia" National Geographic HD

Grabadora y música suave

Proyector

Hojas de rota folio

Plumones

Diurex

Banderines con la leyenda mito o realidad.

Prendas como sombreros bufandas mascadas.

Tarjetas con tema y personajes para socio drama.

Actividad inicial: Dinámica grupal para crear un ambiente de relajación de relajación en el grupo, estimulando la participación activa de los integrantes. Tiempo 15 minutos

El o la promotora de salud pone globos en el centro del salón, de cinco colores diferentes, les pide a los participantes que se pongan alrededor de donde se encuentran los globos. Deben romper el globo, pero según el color que elijan la forma de romperlo será diferente. Puede ser sentándose, con la boca, con las manos, de panzazo, de pisotón, etc. Algunos lo rompen solos y los que hayan elegido el mismo color en parejas. Les pide a los participantes que den vueltas alrededor de los globos mientras se escucha la música. Cuando la música se detiene, cada uno toma un globo, y el instructor les indica la manera en que debe romperlo. Una vez terminada la actividad. 15 minutos

Actividad central: En grupos de 5 revisaran el concepto de sexo y sexualidad tomado de la publicación “Tu futuro en Libertad” del gobierno de la ciudad de México, 2008, pp. 59 en una hoja de rota folio escribirán los puntos más importantes y lo expondrán en grupo a sus compañeros tiempo 20 minutos

Enseguida el promotor o promotora de salud les expondrá los conceptos sobre sexo, sexualidad, género identidad sexual, con apoyo de una presentación en power point. Durante la exposición el o la promotora de salud, debe cuidar manejar con claridad los conceptos, así como hacer pausas y preguntas sobre los mismos a los estudiantes. Tiempo 30 minutos

Se continua con el socio drama indicando a los estudiantes formen grupos de 5, para representar (actuar) como abordarían un mito o realidad respecto a l sexo y sexualidad con sus padres, con sus amigos, o con su novio/a. El o la promotora de salud les repartirá una tarjeta con el tema que representaran, en grupo elegirán un banderín que tenga la leyenda mito o en su caso realidad. Una vez que eligieron como representar el tema que les toco, deberán presentarse ante el grupo, es importante que expresen lo que representaron y que se retome por parte del o la promotora de salud, los aspectos relevantes. 1 hora

Cierre: Dinámica se procederá a pedirles inicien al ritmo de la música, caminando por el salón de manera libre dejando fluir sus sentimientos y emociones, además al cruzarse con algún compañero o compañera detenerse y sonreír sin hablar e iniciar nuevamente la marcha. Tiempo 15 minutos.

Se agradece la participación.

Sesión 3 Que los estudiantes verbalicen y representen lo que conocen sobre las causas para decidir tener relaciones sexuales a temprana edad y la responsabilidad que implica desde su contexto. Tiempo 3 horas

Técnica: Representaciones: socio drama, canciones etc. Debate.

Hojas de rota folio

Plumones

Accesorios como sombreros, bufandas chalecos, etc.

Grabadora y música seleccionada.

Actividad inicial: Dinámica de sensibilización se pide a los estudiantes que empiecen a sentir la música y que se muevan en el salón representando una emoción que durante el taller ha permanecido en ellos. Al término se pregunta si alguien quiere compartir la experiencia. 15 minutos

Actividad central:

Los participantes forman equipos de 4, a cada equipo se le asigna un tema que incluye aspectos que involucra una relación sexual a muy temprana edad. Cada equipo debe presentar al grupo el tema o título que le haya tocado: El o la promotora de salud recuperaran los aspectos relevantes de la representación,

Los temas son: Influencia de los amigos, Falta de información, Embarazo no deseado, Transmisión de Infecciones Sexuales, Problemas familiares, Baja autoestima. Tiempo 1.30 minutos.

Se les indica a los estudiantes que llevaremos a cabo un debate, en el que cada uno expondrá desde su contexto (Familia, Colonia, Barrio) que piensan sobre el embarazo en la adolescencia.

Tiempo 30 minutos.

Cierre Para el cierre se realizara una dinámica de relajación, recostados en el piso con los ojos cerrados. Tiempo 20 minutos.

Sesión 4 Que los estudiantes conozcan y se sensibilicen con respecto a los métodos de protección (anticonceptivos y condón) explorando lo que se maneja en su contexto social y cultural. Tiempo 3 horas

Técnica: Lluvia de ideas, exposición, biodanza.

Hojas de rota folio

Plumones

Accesorios como sombreros, bufandas chalecos, etc.

Grabadora y música

Revistas

Tijeras

Pegamento

Hojas de rota folio

Plumones

Diurex

Actividad inicial: Dinámica corporal “yo decido por dónde camino” los estudiantes caminan por las señalizaciones previamente marcadas en el salón, ya sea brincando en los pies juntos, en un solo pie, en parejas, algunos caminos tienen obstáculos, otros no. Al final de los caminos encontrarán una sorpresa (tarjeta con el nombre de un método anticonceptivo, concepto ventajas, desventajas, efectividad), deben recorrer el camino al ritmo de la música y cuando pare detenerse, al final comentaran como se sintieron. Tiempo 40 minutos

Actividad central: los estudiantes formaran grupos de 4 y expondrán, un método de protección diferente. 20 minutos

El o la promotora de salud expondrá con ayuda de un proyector la historia de los métodos anticonceptivos. Se les entrega a los estudiantes una síntesis de la historia. Los estudiantes al término realizarán una línea del tiempo con la historia del condón. Tiempo 60 minutos

Cierre: Dinámica corporal de pie y al ritmo de la música vamos a recorrer los cambios corporales a partir de la pubertad y adolescencia y pensar en las emociones y sentimientos que les provocan, después se imaginaron hablando de esto con sus padres, amigos, novios/as. Después sentados

Y con los ojos cerrados vamos a imaginar cómo quiero vivir mi sexualidad. Tiempo 45 minutos

Sesión 5 Que los estudiantes conozcan las Infecciones de transmisión sexual y se sensibilicen acerca de lo fácil que pueden transmitirse.

Stickers de colores

Hojas de rota folio

Plumones

Música

Proyector

Actividad inicial: Dinámica con la música de fondo, formaron dos círculos el círculo de adentro caminara a la derecha y el círculo de afuera a la izquierda llevando una pelota de color, al parar la música entregaran al compañero de enfrente la pelota, y una palabra de afecto. Tiempo 30 minutos

Actividad Central: El o la promotora de salud expondrá al grupo cuales son las infecciones de transmisión sexual y como se pueden contraer, así como la importancia de protegerse durante las relaciones sexuales. Al término les indicara que cada color de las pelotas que se obsequiaron, representa una Infección de Transmisión sexual: Sífilis, virus del papiloma humano, herpes, gonorrea, chlamydia, sida. El promotor o la promotora de salud preguntan a los participantes cómo se sintieron al saber que de un momento a otro tenían una infección de transmisión sexual.

Tiempo 120 minutos.

Cierre: Dinámica de relajación en el piso, recorrer mentalmente los temas que se vieron y como nos sentimos, que haríamos y que no haríamos. Tiempo 30 minutos.

Se agradece su participación

Sesión 6 Que los estudiantes reflexionen acerca de su futuro, sus sueños y metas en el ámbito escolar y de su vida sexual y las decisiones que deben tomar para cumplir sus sueños.

Técnica: Dinámica corporal reflexiva, exposición.

Hoja de rota folio

Plumones

Música

Actividad inicial: Dinámica “a dónde voy” elegirán de entre varios objetos que les muestre la promotora de salud el que más les guste, recostados en el piso y acompañados del objeto elegido y sin soltarlo, empezaran a imaginar cómo quieren vivir su sexualidad, que piensan que deben hacer para esto, que es lo que no les permitiría cumplir este sueño al final la promotora de salud les explicara que el objeto elegido representa su objetivo. Pregunta quién en su recorrido soltó su sueño (objeto) y que piensen que fue lo que los hizo olvidarse de su objetivo.

Tiempo 40 minutos

Actividad central: Lluvia de ideas El o la promotora pregunta si saben que es un proyecto de vida. Forman grupos de 4 y exponen lo que es el proyecto de vida, y su importancia en lo referente a su salud sexual .La promotora de salud expone lo que son los derechos sexuales de los adolescentes y la importancia de estar informados en lo que se refiere a su salud sexual. Atendiendo las preguntas y dudas de los participantes. Los estudiantes elaborarán su proyecto de vida personal (su salud sexual) y profesional y lo exponen ante el grupo. 60 minutos

Se indica a los estudiantes que en grupos de 4 van a representar como hablar con sus padres de sus sueños y de su proyecto de vida.

Cierre: Dinámica de relajación caminar libremente en el salón, inhalando y exhalando lentamente.

Moviendo el cuerpo, reconociendo y amando nuestro cuerpo. Tiempo 20 minutos

Se agradece su participación

Sesión de cierre de la intervención: Se aplicara la encuesta “salud sexual de los adolescentes” y el test de habilidades sociales de Goldstein, lo anterior para evaluar el impacto de la intervención. Se les pide a los estudiantes que externen su experiencia sobre el taller o qué cambio en ellos. Al final se agradece su participación.

CAPÍTULO IV

DISCUSION Y CONCLUSIONES

4.1 Discusión.

En los datos socio demográficos de los 226 adolescentes encuestados se observa que la mayoría tienen 12 años, que el 54% son hombres y el 46 % son mujeres, que son dependientes económicos de ambos padres y viven con ellos. Estos datos sugieren que la estructura familiar en su mayoría es la tradicional heterosexual, entendiendo que una familia de estructura tradicional está conformada por una pareja heterosexual y los hijos, también llamada nuclear, aún y cuando su funcionalidad ha cambiado (Donini, 2005).

Es importante destacar que el nivel de escolaridad de los padres es en su mayoría es de Bachillerato y Licenciatura, llama la atención que es mayor el número de mujeres (madres) con estudios a nivel Licenciatura (30 %) en comparación con los padres (24%).

En lo que se refiere a salud sexual los datos estadísticos y bibliográficos reportan que los adolescentes están iniciando su vida sexual a más temprana edad y son un grupo vulnerable (Coleman y Hendry, 2003; ENSANUT, 2012).

Vale la pena resaltar que SEDESO (2015) indica que en un estudio realizado a 175 adolescentes con experiencia de embarazo, el 4 % (7) de ellas indicaron haber tenido su primera experiencia de embarazo entre los 11 y 14 años de edad, estos datos son un argumento más que apoya la propuesta de intervención.

De acuerdo a la ENSANUT (2012) el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales en las mujeres adolescentes es de 15.9 años, y la mitad de estas adolescentes iniciaron su vida sexual antes de los 15.4 años. Estos datos plantean la necesidad de mejorar los programas de

información y con ello favorecer el ejercicio responsable y protegido de la sexualidad desde la adolescencia temprana (Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico, SSR para adolescentes, 2013:31).

Lo anterior adquiere relevancia ya que los estudiantes encuestados de la presente investigación, más de la mitad reportaron tener una relación afectiva (novio/novia), y el 20% mencionó que algunos de sus amigos ya han tenido relaciones sexuales. Es decir siguiendo los datos de la SS, ENADID, ENSANUT y SEDESO, esta edad es la de mayor vulnerabilidad para los embarazos tempranos, ya que es cuando los adolescentes, experimentan sus primeros encuentros sexuales y muy probablemente sin protección, con base a los resultados de un estudio titulado "Wellcome", el cual menciona que si bien la falta de conocimiento puede ser un riesgo en la práctica sexual sin protección, es más importante la edad del individuo ya que a menor edad, más probable es que la realice sin protección (Coleman y Hendry, 2013).

En lo referente a los temas que con más frecuencia abordan con sus amigos/as, el 30% de los estudiantes hombres encuestados menciona que hablan sobre novios/as, y sobre sexualidad el 14%. En comparación con las mujeres que hablan con mucha frecuencia de novios/as (58%) y solo el 8 % habla de sexualidad con sus amigas/os. Por lo tanto las chicas son más abiertas para hablar sobre novios/as con sus amigos/as que los chicos, hay que considerar que en la adolescencia temprana, los jóvenes se encuentran como mencionan: Youniss y Smollar (1985) empezando a ampliar sus redes sociales (Coleman y Hendry, 2003).

Con respecto a los conocimientos que tienen sobre sexo y sexualidad, el 55% respondió que sexo se refería a características físicas, el 42% contestó que sexualidad se refería a relaciones sexuales entre un hombre y una mujer, específicamente sobre sexualidad la mayoría reportó que en la escuela pueden obtener información sobre este tema. Lo anterior nos permite corroborar que la información biológica, que tienen sobre sexo y sexualidad ha sido proporcionada por la escuela de acuerdo a la curricula correspondiente.

En relación al conocimiento sobre métodos anticonceptivos, la mayoría reportó conocer por lo menos un método anticonceptivo, y reconocieron el condón como método de para prevenir el embarazo y protegerse de infecciones de transmisión sexual. Resultados coincidentes con (Ayala, et al 2011) en Guadalajara y (Peña, et al 2005) en la Habana. Cabe mencionar que no existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres respecto al tema.

Como se mencionó en el párrafo anterior la mayoría de los encuestados reconocen la

importancia del uso del condón en las relaciones sexuales con penetración, sin embargo reportan que sería causa de enojo por parte de sus padres que les encuentren condones o preservativos esto lo indico el 30% de hombres y 34% de mujeres. Estos resultados permiten entender el contexto respecto al conocimiento y uso del condón, independientemente del discurso que ellos manejan respecto a su uso como método anticonceptivo y de prevención de infecciones de transmisión sexual, les falta el fortalecimiento de habilidades sociales, que les permita “aplicar” la información que tienen en su vida, esto es habilidades de comunicación con sus padres y con su pares, el reconocimiento de sus emociones que les permita la solución de conflictos que pudiera generar, I tener condones y/o preservativos al alcance.

Lo anterior reafirma la propuesta de intervención en Habilidades Sociales y en general la postura de los organismos internacionales de proponer acciones desde las necesidades de los adolescentes (Schutt-Aine y Maddaleno, 2003; Gómez ,2014).

Los estudiantes manifestaron en un 99% haber recibido información sobre sexualidad y que esta resolvió sus dudas, 91% de los encuestados mencionaron como principales fuentes de información a ambos padres y a la escuela junto con sus profesores, como segunda opción. Los resultados son coincidentes con lo reportado por Peña, et al (2005), el cual reporto que el mayor porcentaje de los adolescentes que encuestaron recibieron información de sus padres, y en orden decreciente mencionaron la escuela y a los profesores. También coinciden con los reportados por Ayala, et al (2011) que mencionaron la escuela como fuente principal de información, cabe mencionar que no contemplaron en su encuesta a los padres como fuente de información.

Con base en la bibliografía revisada en el desarrollo de la adolescencia, la familia, la escuela y el contexto son primordiales para dar contención en el desarrollo de los adolescentes, por lo que es importante que reconozcan como principales fuentes de información sobre sexualidad a los padres y a los profesores (Coon, 1998; Coleman y Hendry, 2003).

En lo que se refiere a la información que sobre sexualidad requieren saber los estudiantes encuestados, llama la atención que los estudiantes encuestados reconocen el condón y su uso, sin embargo de acuerdo a los resultados requieren mayor información o acompañamiento sobre el mismo. De acuerdo a Coleman y Hendry (2003) la educación sexual debe ir más allá de lo biológico, considerando los elementos del contexto social de la sexualidad a la par del comportamiento sexual, así como las necesidades de las minorías pertenecientes a la comunidad LGBTT.

En cuanto a la responsabilidad de protegerse para evitar un embarazo, es importante resaltar que el 54% de hombres y mujeres respectivamente señalaron que era responsabilidad de la mujer. Lo que nos lleva a pensar de acuerdo con Coleman y Hendry (2003) que se requiere trabajar más el tema de género con énfasis en masculinidad y feminidad.

En lo que respecta a la comunicación con los padres, los adolescentes reportan hablar con sus madres con más frecuencia que con sus padres, los temas que tratan son sobre los amigos /as, gustos e intereses, y sobre todo con la madre hablan sobre normas de familia. Los temas de los que menos hablan o nunca habla son de los novios/as, que de acuerdo con Parra y Oliva (2002) los temas de los que más hablan los padres y adolescentes son cotidianos y rara vez hablan de sexualidad, también la relación de comunicación más frecuente es con la madre, las cuales se perciben más abiertas, más comprensivas e interesadas en los adolescentes mencionado por (Coleman y Hendry, 2003)

Sobre las discusiones en la adolescencia con los padres y las decisiones sobre las mismas, la mayoría de los adolescentes respondió que toman las decisiones entre sus padres y ellos, 57% mujeres y 53% hombres, lo indicaron. Esto permite observar que existe una buena comunicación entre los padres y adolescentes entre 11 y 14 años. Lo anterior de acuerdo a Smetana (1988) los temas de discusión es más un asunto de convención para los padres, en comparación a los adolescentes que los ven como una cuestión de libertad.

Los conflictos se resuelven mejor cuando la comunicación es favorable, situación que se construye desde antes de la adolescencia, cuando se habla de “un vacío de comunicación”, tiene que ver más con problemas ya existentes en la estructura familiar y no por la adolescencia, ya que como mencionan Younnis y Smollar (1985) hay un período en la adolescencia temprana de interdependencia, en el cual los padres y los adolescentes, mantienen una “buena comunicación” y se facilita la solución de conflictos. (Coleman y Hendry, 2003)

Los adolescentes encuestados tienen características socio demográficas, acordes a los parámetros comunes a este grupo etario, además de estar escolarizados y mantener una relación de comunicación “adecuada” con los padres factores que hablan de que están en un proceso de desarrollo y también se encuentran en un círculo de contención, por lo que se puede realizar una intervención para fortalecer sus habilidades sociales.

La población adolescente de la Ciudad de México, representa un grupo prioritario, que debe ser

atendido de forma integral, a partir de programas de promoción de la salud, para fortalecer el desarrollo de habilidades sociales, que les permita el ejercicio de la sexualidad, en el contexto en el que viven, estructuras de género, familiares, comunitarias y sociales que la originan o condicionan.

Es importante hacer hincapie en que la mayoría de investigaciones al igual que las instituciones oficiales, suscriben la salud sexual de los y las adolescentes al control de la reproducción y prevención de las infecciones de transmisión sexual, con relevancia en VIH/ SIDA, obviando factores determinados por las estructuras de género y las prácticas institucionales que como ya se mencionó reducen la sexualidad solo a cuestiones biológicas, los factores psicosociales que limitan y condicionan el ejercicio y desarrollo de la sexualidad de los adolescentes son poco abordados.

La propuesta presentada si bien no deja de lado los aspectos informativos desde el enfoque de la biología, si hace hincapié en los factores emocionales de los adolescentes desde sus sentires, permitiendo explorar las prácticas y estructuras sociales que los determinan.

Con base en la información ya mencionada se puede decir que no existen muchas intervenciones específicas de salud sexual y habilidades sociales en México, sin embargo hay esfuerzos de diferentes organizaciones sociales no gubernamentales y de las instituciones de salud, para hacer llegar la información sobre métodos anticonceptivos a los adolescentes. Por lo tanto la propuesta presentada en este trabajo, si bien es a largo plazo, busca ser integral tomando en consideración los diferentes factores que intervienen en la salud sexual de los/as adolescentes.

Considerando la investigación realizada por Vallejos (2008) en Perú con adolescentes embarazadas y no embarazadas, con respecto a la salud sexual encontró un déficit en conocimientos, comportamiento sexual y reproductivo, así como poco autocontrol y la incapacidad para negociar las emociones y sentimientos en las adolescentes embarazadas, información que permite sustentar la propuesta planteada en la presente investigación.

La propuesta de intervención para fortalecer las habilidades sociales en esta etapa de la adolescencia temprana, es una herramienta psicopedagógica que permite a los adolescentes el desarrollo saludable, el logro de su autonomía y dependencia en lo que respecta a su salud sexual, ya que de acuerdo a Lacunza (2012), las intervenciones en habilidades sociales desde la perspectiva salugénica y de la Psicología positiva, constituyen una herramienta importante

para promover y proteger la salud de los adolescentes, específicamente en la adolescencia temprana.

Para poder realizar la intervención propuesta se requiere buscar los contactos con las autoridades correspondientes que pueden ser del Gobierno de la Ciudad de México, Delegaciones Políticas, de la Secretaría de Educación Pública y de las Escuelas Secundarias.

En las escuelas secundarias de la Ciudad de México se cuenta con el programa de “Escuela para padres”, lo que facilitaría la aplicación del programa con ellos, para fortalecer el apoyo a los adolescentes.

Operacionalmente la intervención propuesta se puede adaptar a nivel primaria específicamente 5º y 6º grado, atendiendo al rango de edad que comprende de 10 a 14 años (adolescencia temprana), en el caso de la educación pública sería una opción para su aplicación el Programa Saludarte y en el caso de escuelas primarias particulares, ofrecer estas intervenciones mediante grupos de promotores de salud independientes.

La formación de Asociaciones Civiles, Organizaciones no gubernamentales (ONGS) para concursar en programas convocados por las Secretaria de Desarrollo Social, Delegaciones Políticas y otras instancias son lugares en que los Promotores de Salud con base a su perfil académico pueden intervenir, permitiendo posicionar la Licenciatura en Promoción de la Salud y dándola a conocer.

4.2 Conclusiones.

Resulta importante subrayar que existen pocas investigaciones específicas del grupo etario objeto de esta investigación, sin embargo algunos estudios, datos estadísticos, y la encuesta sobre salud sexual elaborada ex profeso para la presente investigación, permite un planteamiento de propuesta de intervención.

El profesional en Promoción de la Salud por su formación posee la preparación que le permite vincular e integrar los problemas de salud con los diferentes factores sociales económicos, culturales y políticos que limitan la salud de la población, es decir puede visualizar las diferentes problemáticas de manera integral, y proponer intervenciones que posibiliten a la población mejorar su salud.

Si bien existen investigaciones sobre la adolescencia, son pocas las que visualizan de forma integral esta etapa del ciclo vital, sobre todo en la adolescencia temprana y más aún respecto a la sexualidad, tema que aunado a otros como las habilidades sociales son importantes para que los adolescentes se integren a la etapa adulta en condiciones favorables.

Con respecto al instrumento elaborado exprofeso para esta investigación, el cual puede mejorarse como por ejemplo siendo más directos en algunas preguntas: ¿Has tenido relaciones sexuales? o ¿Usas protección en tus relaciones sexuales con penetración?, así como incluir otras que por ser menores de edad se omitieron, para cuidar de no transgredir los valores o costumbres que pudieran generar un conflicto con los padres de familia.

Reiterando que las habilidades sociales junto a las habilidades cognitivas y emocionales, constituyen una herramienta psicopedagógica para la promoción de la salud y retomando la declaración de la OMS, contenida en la Carta de Ottawa (1986) *“la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.....”* que en un sentido amplio hace referencia a proporcionar los medios necesarios no suscribiendo estos sólo a proporcionar los servicios de salud, lo anterior concuerda con el modelo salutogénico Antonovsky (1996) el cual hace énfasis en el papel activo de cada persona para el cuidado de su salud. Además desde el enfoque de la psicología Positiva Contini, (2008) hace hincapié en las habilidades sociales y su función como factor protector constituyendo un recurso salugénico en la adolescencia temprana.

Por lo tanto se concluye que las intervenciones desde el enfoque integral de la Promoción de la Salud, sin menoscabo de las acciones de las instituciones, constituyen un recurso importante para proporcionar a las comunidades las herramientas para mejorar su salud.

Bibliografía

ANDAR. (2005). Los derechos sexuales y reproductivos de las personas adolescentes. México. Recuperado de www.andar.org.mx

Antonovsky, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Global Health Promot International*. 11(1), pp. 11-18. Recuperado de <https://academic.oup.com/heapro/article/11/1/11/582748>

Arnett, J. (2008). Adolescencia y adultez emergente: Un enfoque integral. México: Pearson Prentice Hall.

Ayala, M., Vizmanos. B. y Portillo. R. (2011). Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, Mexico. *Gineco-Obstetricia*, 79 (2), pp. 86-92. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2011/gom112d.pdf>

Blos, P. (1980). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento en Habilidades sociales*, España: Siglo XXI.

Cano de Faroh, A. (2007). Cognición en el adolescente según Piaget y Vigotsky ¿Dos caras de la misma moneda? *Boletín Academia Paulista de Psicología*. XXVII (2), pp. 148-166. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/946/94627214.pdf>

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (1986). Conferencia Internacional de promoción de la Salud. Conferencia llevada a cabo por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto, Canadá.

Carrobbles, J. A. (1990). *Biología y psicofisiología de la conducta sexual*. Madrid, España. Fundación-Universidad Empresa.

Castelo-Branco, C. (2005). Sexualidad Humana: una aproximación integral. Madrid, España: Medica Panamericana.

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/ SIDA. CENSIDA, (2016) Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de casos de SIDA actualizada al cierre de 2016. pp23. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/218474/RN_Cierre_2016.pdf

Coleman, J. C., Hendry, L. B. (2003), *Psicología de la adolescencia*, España, Morata.

Coon, D. (1988) *Psicología. Exploración y Aplicaciones*, México D. F. Thompson.

Contini, N. (2008). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana: Perspectivas desde la Psicología Positiva. *Psicodebate*. 9, pp. 15-27 .Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico9/9Psico%2003.pdf>

Consejo Nacional de Población, CONAPO. (2000a). *La situación actual de las y los jóvenes en México, Diagnostico Sociodemografico*. p.2 Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Situacion_actual_de_las_y_los_jovenes_en_Mexico_Diagnostico_sociodemografico

Consejo Nacional de Población, CONAPO. (2000b). *Situación actual de la mujer, en México, Diagnostico socio demográfico*. p. 4. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Situación_actual_de_la_mujer_en_Mexico_Diagnostico_sociodemografico

Consejo Nacional de Población, CONAPO. (2010). *Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010- 2030*.p.p. 25-26. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15_Cuadernillo_Mexico.pdf

Consejo Nacional de Población, CONAPO. (2014). *Indicadores sobre salud sexual y reproductiva por entidad federativa*. p. 16 Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores_de_Salud_Sexual_y_Reproductiva_Entidades_Federativas_2014

Chapela, M.C. (s.f.) Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. Recuperado de http://www.famp.es/racs/ObsSalud/documentos/Promoción_de_la_Salud.pdf

Dahlberg, L. y Behrens, S. (1998), measuring violence-related attitudes, beliefs. and behaviors among youths. Atlanta: *Centers for Disease Control and Prevention*. Recuperado de <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015041988208;view=1up;seq=7>

Davila, O. (2004). Adolescencia y Juventud: de las Nociones a los Abordajes. *Ultima Decada*, 12 (21), 83-104. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362004000200004>

Delval, J. (2008). *Estudio del Desarrollo Humano*. España: Siglo XXI.

Donini, A. (2005). *Sexualidad y familia: crisis y desafíos frente al siglo XXI*, Buenos Aires: Noveduc.

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID (2014). Base de datos. México, INEGI. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2014/2015>.

Encuesta Nacional de Juventud, (2005), Centro de Investigación y estudios sobre la juventud, IMJUVE, México. Recuperado de <http://bdsocial.inmujeres.gob.mx/index.php/enjuve-38/encuesta-nacional-de-juventud/17-acervo/acervo/78-encuesta-nacional-de-juventud-enjuve-20051>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT, (2012) Gutiérrez, J., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L., Romero, M. y Hernández, M. Resultados

Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Erikson, E. (1980) *Identidad: juventud y crisis*. Madrid: Taurus.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2011) *La adolescencia, Una época de oportunidades*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Febrero de 2011 Recuperado de https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, (1994) Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) EL Cairo, Egipto. Recuperado de <http://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>

Giroux, H. (1992), *Teoría y Resistencia en Educación*, Argentina: Siglo XXI Editores.

Gobierno del Distrito Federal (2008). *Tu Futuro en Libertad*. México: GDF, SEP.

Gómez, J. (2005a) El desarrollo sexual en la adolescencia Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/255628432_El_desarrollo_sexual_en_la_adolescencia

Gómez, J. (2005b). Aproximación a los comportamientos sexuales y de riesgo en la adolescencia. En Spencer. A. Rathus, Jeffrey. Nevid y Lois.Rathus. *Sexualidad Humana*. 289-292. Madrid, España: Pearson-Prentice Hall.

Gómez, J. (2005c). Apego y comportamiento sexual en la adolescencia, en relación con la disposición a asumir riesgos asociados a la experiencia erótica. *Infancia y aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 28 (3), 293-308. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1975624>

Gómez, J. (2014). *Psicología de la sexualidad*. Madrid : Alianza editorial.

Gutiérrez, M., Villatoro, J., Gaytán, L. y Álamo, A. (2009). Infancia, adicciones y salud mental: Manual del programa de prevención "*Dejando huellitas en tu vida*". Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México. Recuperado de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/libros/huellitas.pdf

Gutiérrez, M. L. (2011) Desarrollo de Habilidades Sociales en la escuela, experiencia de una estrategia de prevención , *Rayuela* , 34-40 Recuperado de: <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/Articulos%20Jorge/2011/Desarrollo%20de%20habilidades%20sociales%20en%20la%20escuela.pdf>

Hernández, B.; Velazco, E. (2000). Encuestas transversales. *Salud Pública de México*, 42, (5) 447-455. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6263/7483>.

Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológico y social en el adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 71(1), 39-42. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311999000100006&lng=es&tling=es

Hurlock, E. (2010). *Psicología de la adolescencia*. México: Paidós.

- Instituto Nacional de Salud Pública, INSP. (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales*, (INSP) Cuernavaca, México Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012 ResultadosNacionales.pdf>
- Jódar, V. (2004). Funciones del lóbulo frontal. *Revista de neurología*, 39, (2), pp. 178-182. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2004254>
- 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*, 45, 77-219. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11204508.pdf>
- Juárez, F., Palma, J., Singh, S. y Bankole, A. (2010) Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en México: Retos y oportunidades, Nueva York: Guttmacher Recuperado de http://repositorio.gjire.org.mx/bitstream/123456789/2206/1/NecesidadesSaludAdolescentesMexico_Guttmacher_ene2010.pdf
- Lacunza, A. y Contini, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, XII (23), 159-182 Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/184/18424417009/>
- Lacunza, A. (2012) .Las intervenciones en habilidades sociales: revisión y analisis desde una mirada salugénica. *Psicodebate* 12, pp 63-84 Recuperado de <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/367>
- López, F. (1993). El apego a lo largo del ciclo vital. En M.J.Ortiz y S. Yarnoz, *Teoría del apego y relaciones afectivas*. pp. 11-62. Bilbao, España: Universidad del País Vasco.
- Menckes, C. Suárez, L. (2003). Sexualidad y Embarazo Adolescentes en México. *Papeles de Población* 9, (35), 3-4. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203511>
- Monroy, A. (2002) Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. México, Pax pp. 256
- Moreno, L., (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socio antropológica. *Salud Pública de México*, 49 (1), 63-70 Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/spm/v49n1/a09v49n1.pdf>
- Moya, C. (2002). *La Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes en America Latina y el Caribe*. Advocates For Youth, Ed. Recuperado, de <http://www.advocatesfor youth>.
- Oliva, A. y Parra, A. (2004). Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia. En E. Arranz (Ed.), *Familia y desarrollo psicológico* (pp.96-123). Madrid: Pearson Educación.
- Oliva, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 25(3), 239-254. Recuperado de <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/06/Riesgos-en-la-adolescencia.pdf>
- Organización Mundial de la salud OMS. (1946) Definición de salud *Conferencia Sanitaria Internacional*, Nueva York,EU. *Official Records of the World Health Organization*, N° 2, p. 100 Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2006). *defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*, 28–31, January 2002, Geneva. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf

Organización de las Naciones Unidas. ONU. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto. A/CONF.171/13/Rev.1. Recuperado de <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2000). *Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción*. Antigua, Guatemala: OPS. Recuperado de http://www1.paho.org/spanish/hcp/hca/salud_sexual.pdf?ua=1

Parra, Á., y Oliva, A. (2002). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 18 (2), 215-231. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16718202.pdf>

Peña, M., Torres Esperón, J., Pérez, F., Ramírez, T., y Pría, M. (2005). Conocimientos y comportamientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 21 (1), Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100009&lng=es&tlng=es.

Piers, E. Hershberg, D. (1969) The Piers-Harris Children's self–autoconcept scale, Nashville, Tennessee. Counselor Recording and Tests.

Restrepo, E. y Málaga, H. (2002). *Promoción de la Salud: Como construir vida saludable*, Bogotá, Colombia: Editorial Medica Panamericana. 1ª Reimpresión 2002.

Rivera de los Santos, F., Ramos, P., Moreno, C. y Hernán, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129-139. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200002&lng=es&tlng=es.

Rodríguez, A., Sanabria, G. , Alvarez, L., Gálvez, A., Castañeda, I. y Rojo, N. (2008). La gestión social como vía para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21434310> ISSN 0864-3466

Rodríguez, C. y Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, España, 12, 3, 389-403 Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen12/num3/337/autoestima-en-la-adolescencia-analisis-ES.pdf>

Rodríguez, G. (2009). Educación sexual en el Distrito Federal, Documento de trabajo, Afluentes, S.C. noviembre 2009 Recuperado de <http://www.afluentes.org/wpcontent/uploads/2009/11/educsexdf.pdf>

Secretaría de desarrollo social, SEDES0 (2015). *Estado del embarazo en adolescentes en el Distrito Federal, desde un enfoque de género*, 2005-2014, México, D.F. Recuperado de <http://197.216.193.232/biblos-imdf/node/13666>

Secretaria de Salud, SS (2013). *Programa de acción específico, Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes 2013-2018*. Recuperado de http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/SaludSexualyReproductivaparaAdolescentes_2013_2018.pdf

Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. OPS, Washington, EU.

Stern, C. (1997). *El embarazo en la adolescencia como un problema público: una visión crítica*. Salud Pública de México, 39,137-143. Recuerado de http://www.cieg.unam.mx/lecturas_formacion/sexualidades/modulo_8/sesion_2/complementaria/Stern_Claudio_El_Embarazo_Como_Problema.pdf

Stern, C. y Figueroa, J. (2001). *Sexualidad y salud reproductiva: Avances y retos para la investigación*. México, D F. Colegio de México.

Stern, C. (2008). *Adolescentes en México: Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva* Col. Guillermina Herrera, México D F: El Colegio de México, Centro de estudios Sociológicos; Population Council

Vallejos, J. (2008). Las habilidades sociales y la sexualidad en adolescentes embarazadas y no embarazadas: *Salud, Sexualidad y Sociedad*. 1(1,2), Recuperado de <http://www.inppares.org/sites/default/files/7%20Articulos%20Habilidades%20Sociales.pdf>

Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México DF: Paidós Mexicana.

Anexo 1

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES

ESTUDIO DESCRIPTIVO

Este cuestionario forma parte de una investigación, que pretende averiguar los conocimientos sobre la salud sexual de los adolescentes, que cursan el 1er año en la Secundaria Técnica no.90 en la Ciudad de México.

PARA CONTESTARLO SÓLO TIENES QUE PONER UNA MARCA (TACHAR, CIRCULAR, SUBRAYAR) EN LA OPCIÓN QUE CREAS ES TU RESPUESTA.

Ejemplos:

1 ¿Con qué frecuencia hablas con tu papa de tus amigos?

Nunca..... (1)

Rara vez..... (2)

Algunas veces..... (3)

Muchas veces..... (4)

2.- De las siguientes frases Subraya que tan de acuerdo o desacuerdo estas.

2.a) Con frecuencia me siento solo.	(1) Totalmente de acuerdo	(2) De acuerdo	(3) En desacuerdo	(4) Totalmente en desacuerdo
3.- ¿Has recibido información sobre sexualidad?	(1) Sí		(2) No	

Debes leer con atención las preguntas que te hacemos y **contestar todas** con la mayor sinceridad y cuidado posible.

Recuerda no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, todas son válidas siempre que reflejen lo que tú consideras es tu respuesta.

ENCUESTA ADOLESCENTES					
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS					
1.-Eres (sexo)	(1) Mujer		(2) Hombre		
2.-Qué edad tienes (edad)	1)11	2(12)	3(13)	4(14)	5(15)
3.- ¿Hasta qué estudios tiene tu mamá?	(1)Superiores (Universidad) (2)Bachillerato (Preparatoria, Vocacional) (3)Secundaria (4)Primaria (5) Sabe leer y escribir				
4.- ¿Hasta qué estudios tiene tu papá?	(1)Superiores (Universidad) (2)Bachillerato (Preparatoria, Vocacional) (3)Secundaria (4)Primaria (5) Sabe leer y escribir				
5.- ¿Con quién vives actualmente?	Papá y Mamá.....(1) Madre.....(2) Padre.....(3) Otros(tíos, hermanos, abuelos).....(4) Si elegiste la opción 4,específica con quien:_____ _____				

<p>6.- ¿De quién dependes económicamente?</p>	<p>Papá y mamá.....(1)</p> <p>Mamá.....(2)</p> <p>Papá.....(3)</p> <p>Otros(tíos, hermanos, abuelos).....(4)</p> <p>Si elegiste la opción 4,específica de quien: _____</p> <p>_____</p>
---	---

Comunicación

7.-Nos interesa saber con qué frecuencia hablas con tu padre de diferentes temas. Elige la opción que más se acerca a tu caso.

<p>7.1- ¿Con qué frecuencia hablas con tu papá de tus amigos?</p>	<p>Nunca(1)</p> <p>Rara vez.....(2)</p> <p>Algunas veces.....(3)</p> <p>Muchas veces.....(4)</p>
---	--

<p>7.2-¿Con qué frecuencia hablas con tu papá de tus gustos e intereses?</p>	<p>Nunca.....(1)</p> <p>Rara vez.....(2)</p> <p>Algunas veces.....(3)</p> <p>Muchas veces.....(4)</p>
--	---

<p>7.3- ¿Con qué frecuencia hablas con tu papá de las normas en familia?</p>	<p>Nunca(1)</p> <p>Rara vez.....(2)</p> <p>Algunas veces.....(3)</p> <p>Muchas veces.....(4)</p>
--	--

<p>7.4-¿Con qué frecuencia hablas con tu papá de tu novio/a o chicas/os que te gustan?</p>	<p>Nunca.....(1)</p> <p>Rara vez(2)</p> <p>Algunas veces.....(3)</p> <p>Muchas veces.....(4)</p>
<p>8.-Nos interesa saber con qué frecuencia hablas con tu madre de diferentes temas. Elige la opción que más se acerca a tu caso.</p>	
<p>8.1- ¿Con qué frecuencia hablas con tu madre de tus amigos/as?</p>	<p>Nunca.....(1)</p> <p>Rara vez.....(2)</p> <p>Algunas veces.....(3)</p> <p>Muchas veces.....(4)</p>
<p>8.2-¿Con qué frecuencia hablas con tu madre de tus gustos e intereses?</p>	<p>Nunca.....(1)</p> <p>Rara vez.....(2)</p> <p>Algunas veces.....(3)</p> <p>Muchas veces.....(4)</p>
<p>8.3-¿Con qué frecuencia hablas con tu madre de las normas en familia?</p>	<p>Nunca.....(1)</p> <p>Rara vez.....(2)</p> <p>Algunas veces.....(3)</p> <p>Muchas veces.....(4)</p>
<p>8.4-¿Con qué frecuencia hablas con tu madre de tu novio/a o chicas/os que te gustan?</p>	<p>Nunca.....(1)</p> <p>Rara vez.....(2)</p> <p>Algunas veces.....(3)</p>

					Muchas veces.....(4)					
9.- Queremos saber si el siguiente tema ha sido motivo de discusión con tus padres en el último mes. Elige la opción que más describa tu caso.										
9.1-Durante el último mes has discutido con tus padres de : Como te vistes o arreglas			(1)Nunca		(2) Rara vez		(3)Algunas veces		(4)Muchas veces	
10. ¿Quién toma las decisiones sobre los temas que discutes con tus padres?										
(1)Mis padres			(2) Mis padres y yo				(3) Yo decido			
Salud sexual y reproductiva										
11.-Soy atractivo/a		(1)Totalmente de Acuerdo			(2)De acuerdo		(3)En desacuerdo		(4)Totalmente en desacuerdo	
12.- Tomo decisiones sin importar lo que piensen mis amigos/as		(1)Totalmente de Acuerdo			(2)De acuerdo		(3)En desacuerdo		(4)Totalmente en desacuerdo	
13.- ¿Tienes ligue o novio/a?				(1)Sí			(2)No			
14.- ¿Tus amigos/os tienen ligue o novio/a?				(1)Sí			(2)No			
15.- ¿Algunos o algunas de tus amigos/as, han tenido relaciones sexuales?				(1)Sí			(2)No			
Subraya si hablas de los siguientes temas: muchas veces, algunas veces, rara vez, o nunca con tus amigos/as, novios/as.										
16.-Entre amigos/as novios/as los temas de los que hablan con frecuencia son:										
a)Sobre los chicos y las chicas(novios/as, ligues,		(1)Nunca		(2)Rara vez		(3)Algunas veces		(4)Muchas veces		

free)				
b)Sexualidad	(1)Nunca	(2)Rara vez	(3)Algunas veces	(4)Muchas veces
17.- En la secundaria puedo obtener información sobre sexualidad.	(1)Totalmente de acuerdo	(2)De acuerdo	(3)En desacuerdo	(4)Totalmente en desacuerdo
Marca la respuesta que elijas.				
18.-Cuando hablamos de sexo nos referimos a:				
(1)Características físicas que diferencian a un hombre y a una mujer	(2) Genitales externos del hombre y/ o de la mujer	(3) Hacer el amor	(4) Acariciarse y besarse	
19.- ¿A que nos referimos cuándo hablamos de sexualidad? Subraya la respuesta				
(a) Relaciones sexuales entre el hombre y la mujer.....1				
(b) Relaciones sexuales entre la pareja.....2				
(c) Expresiones de amor entre la pareja.....3				
d)La expresión de los sentimientos, pensamientos y comportamiento en nuestra vida4				
20.- ¿Conoces algún método anticonceptivo?	(1)Sí ¿Cuál ?_____ (CUAL)		(2)No	
	1)CONDÓN 2)PARCHE 3)DIU 4)PASTILLAS 5)INYECCIÓN 6)VASECTOMÍA 7)SALPINGOCLASIA 8)ABSTINENCIA			

A continuación encontraras una serie de oraciones sobre sexualidad, embarazo, enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos. Se trata de que conteste que tanto estás de acuerdo o en desacuerdo con ellas, subraya una opción.

<p>21.-El condón o preservativo es un método de protección para evitar infecciones de transmisión sexual y Sida, si se usa durante toda relación sexual con penetración.</p>	<p>(1)Totalmente de Acuerdo</p>	<p>(2) De acuerdo</p>	<p>(3)En desacuerdo</p>	<p>4)Totalmente en desacuerdo</p>
<p>22.-Las caricias los besos, la masturbación mutua....pueden dar tanto placer como hacer el amor, sin riesgo de embarazo, ni enfermedades de Transmisión sexual.</p>	<p>1)Totalmente de Acuerdo</p>	<p>(2) De acuerdo</p>	<p>(3)En desacuerdo</p>	<p>(4)Totalmente en desacuerdo</p>
<p>23.-Tener relaciones sexuales con penetración, sin usar un método de protección o anticonceptivo puede ser un riesgo para embarazarse.</p>	<p>(1)Totalmente de Acuerdo</p>	<p>(2) De acuerdo</p>	<p>(3)En desacuerdo</p>	<p>(4)Totalmente en desacuerdo</p>
<p>24.- Si mis padres me encontraran con preservativos/condones se enojarían conmigo.</p>	<p>1)Totalmente de Acuerdo</p>	<p>2) De acuerdo</p>	<p>3)En desacuerdo</p>	<p>(4)Totalmente en desacuerdo</p>
<p>25.- ¿Has recibido información sobre sexualidad?</p>	<p>1(Sí)</p>		<p>2(No)</p>	

26.-De la siguiente lista subraya quién principalmente o dónde te han proporcionado información sobre sexualidad (elige 3 opciones)

- a)Padre.....(1)
- b)Madre.....(2)
- c)Hermanos/as(3)
- d)Novia/o.....(4)
- e)Profesores/escuela.....(5)
- f)Servicios de salud.....(6)
- g)Amigos/as(7)
- h)Cine o Televisión.....(8)
- i) Internet.....(9)

¿Cuáles páginas o blogs visitas para información sobre Sexualidad

- 1)WIKIPEDIA
- 2)MEDIA
- 3)SEP
- 4)CONASIDA
- 5)VIHSIDA
- 6)YOUTUBE

27.- ¿La información que has recibido, respondió a tus dudas?	(1) Sí	(2) No
---	--------	--------

28.-Respecto al tema de sexualidad ¿Qué tipo de información necesitas?

- a)Sobre sexualidad.....(1)
- b)Métodos anticonceptivos.....(2)
- c)Enfermedades de Transmisión sexual.....(3)
- c)Erotismo(4)
- d)Diversidad sexual.....(5)

e) Género.....(6)

f) Otros.....(7)

29.-La responsabilidad de protegerse para evitar un embarazo es de la mujer.

(1) Sí

(2) No

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN