UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y ORIENTACIÓN

TÍTULO:

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL FAMILIAR PARA PREVENIR CONDUCTAS DE RIESGO EN EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LOS NOVENOS AÑOS PARALELOS "A" Y "B" DE LA "ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MIGUEL RIOFRÍO Nº 2", DE LOJA, 2014-2015.

Tesis previa a la obtención del grado de Licenciado en Ciencias de la Educación, mención: Psicología Educativa y Orientación.

AUTOR:

Carlos Damián Muñoz León

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Sonia Marlene Sizalima Cuenca. Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Dra. Sonia Marlene Sizalima Cuenca. Mg. Sc.
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y ORIENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado, revisado y orientado con pertinencia y rigurosidad científica en todas sus partes, en concordancia con el mandato del Art. 139 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, el desarrollo de la Tesis de Licenciatura en Ciencias de la Educación, Mención Psicología Educativa y Orientación, titulada: **PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL FAMILIAR PARA PREVENIR CONDUCTAS DE RIESGO EN EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LOS NOVENOS AÑOS PARALELOS "A" Y "B" DE LA "ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MIGUEL RIOFRIO Nº 2", DE LOJA, 2014-2015,** de autoría del Sr. Carlos Damián Muñoz León. En consecuencia, el informe reúne los requisitos, formales y reglamentarios, autorizo su presentación y sustentación ante el tribunal de grado que se designe para el efecto.

Loja, 17 de agosto del 2015

f.)
Dra. Sonia Marlene Sizalima Cuenca. Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Carlos Damián Muñoz León declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Carlos Damián Muñoz León.

Firma: .....

Cédula: 1105674459.

Fecha: Loja, 18 de mayo del 2016.

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo, Carlos Damián Muñoz León declaro ser autor, de la tesis titulada PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL FAMILIAR PARA PREVENIR CONDUCTAS DE RIESGO EN EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LOS NOVENOS AÑOS PARALELOS "A" Y "B" DE LA "ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MIGUEL RIOFRIO Nº 2", DE LOJA, 2014-2015, como requisito para optar al grado de: Licenciado en Ciencias de la Educación, Mención Psicología Educativa y Orientación, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los dieciocho días del mes de mayo del dos mil dieciséis.

Firma:

Autor: Carlos Damián Muñoz León

Número de cédula: 1105674459

Dirección: Loja; Barrio: Borja; Calles: Charity y Bello horizonte

Correo electrónico: damiemu92@gmail.com

Teléfono: 2-580 246 **Celular:** 0986938851

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Dra. Sonia Marlene Sizalima Cuenca, Mg. Sc.

Presidente: Dr. Ángel Misojo López, Mg. Sc.

Primer Vocal: Lic. Diana Maricela Vilela Honores, Mg. Sc.

Segundo Vocal: Lic. Cisna Piedad Ríos Robles, Mg. Sc.

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud a las Autoridades de la Universidad Nacional de Loja, mi aprecio a los docentes de la Carrera de Psicología Educativa y Orientación, por inculcar a más de sus conocimientos, valores éticos e impartir equidad que han coadyuvado a un desarrollo integral en mi formación profesional.

Exaltar la labor de la Directora de tesis Dra. Sonia Sizalima Cuenca Mg. Sc. por su compromiso profesional y humano, brindándome una asesoría de calidad que enriquece el contenido y ejecución de la presente investigación.

Y por último, a las autoridades y planta docente de la Escuela de Educación Básica Miguel Riofrío Nº2, por su apertura y colaboración en la investigación de campo y en la ejecución de la alternativa como ruta de solución a la realidad problemática.

El autor

DEDICATORIA

A Dios que siempre ha sido un farol de esperanza a lo largo de toda mi vida.

A mi amada madre Elvia, gracias a su responsabilidad y sacrificio marcaron en mí deseos de superación, siendo la fuerza interna para lograr todas mis metas.

A Rosa, mi tía que siempre me ha brindado su apoyo incondicional.

A todos mis familiares que siempre han estado conmigo, formando hermosos recuerdos en mi mente, además de brindarme su ayuda para solventar cualquier obstáculo.

A Johanna, gracias a su amor ha cambiado para bien la forma de ver y vivir mi vida, siendo parte importante de mi felicidad.

Carlos Damián

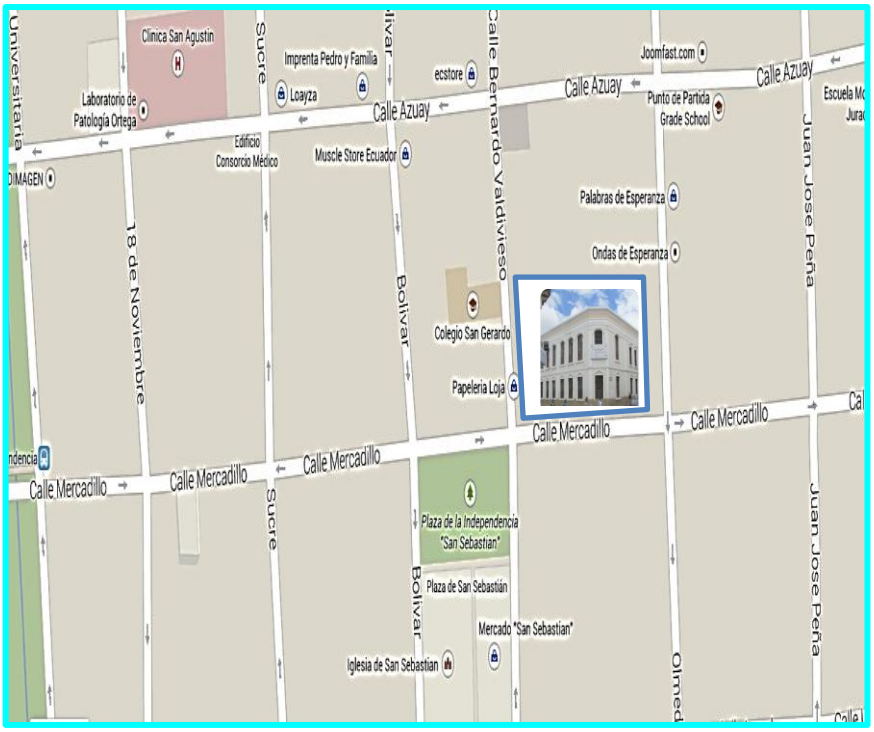
MATRIZ DE ÁMBITO GEOGRÁFICO

ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN											
BIBLIOTECA: ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN											
TIPO DE DOCUMENTO	**AUTOR/NOMBRE DE LA TESIS**	**FUENTE**	**FECHA AÑO**	**ÁMBITO GEOGRÁFICO**						**OTRAS DESAGREGACIONES**	**OTRAS OBSERVACIONES**
				NACIONAL	**REGIONAL**	**PROVINCIAL**	**CANTÓN**	**PARROQUIA**	**BARRIO COMUNIDAD**		
TESIS	CARLOS DAMIÁN MUÑOZ LEÓN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL FAMILIAR PARA PREVENIR CONDUCTAS DE RIESGO EN EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LOS NOVENOS AÑOS PARALELO "A" Y "B" DE LA "ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MIGUEL RIOFRIO Nº 2", DE LOJA, 2014-2015	UNL	2015	ECUADOR	ZONA 7	LOJA	LOJA	EL SAGRARIO	SAN SEBASTIÁN	CD	Licenciado en Ciencias de la Educación, Mención Psicología Educativa y Orientación

MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL CANTÓN DE LOJA

CROQUIS DE LA INVESTIGACIÓN ESCUELA "MIGEL RIOFRIO N°2"



ESQUEMA DE CONTENIDOS

i. PORTADA
ii. CERTIFICACIÓN
iii. AUTORÍA
iv. CARTA DE AUTORIZACIÓN
v. AGRADECIMIENTO
vi. DEDICATORIA
vii. MATRIZ DE ÁMBITO GEOGRÁFICO
viii. MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS
ix. ESQUEMA DE CONTENIDOS

a. TÍTULO
b. RESUMEN (CASTELLANO E INGLÉS) SUMMARY
c. INTRODUCCIÓN
d. REVISIÓN DE LITERATURA
e. MATERIALES Y MÉTODOS
f. RESULTADOS
g. DISCUSIÓN
h. CONCLUSIONES
i. RECOMENDACIONES
- PROPUESTA ALTERNATIVA

j. BIBLIOGRAFÍA
k. ANEXOS
- PROYECTO DE TESIS
- OTROS ANEXOS

a. TITULO

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL FAMILIAR PARA PREVENIR CONDUCTAS DE RIESGO EN EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LOS NOVENOS AÑOS PARALELOS “A” Y “B” DE LA “ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MIGUEL RIOFRIO Nº 2”, DE LOJA, 2014-2015.

b. RESUMEN

En la actualidad los modelos distorsionados de conducta sexual a los que sistemáticamente se encuentran inmersos los adolescentes provocan prácticas inadecuadas en el ámbito de la sexualidad; bajo esta situación, el presente trabajo para la titulación tuvo como objetivo general diseñar un Programa de Educación Sexual Familiar para prevenir conductas de riesgo en el ejercicio de la sexualidad de los estudiantes; el estudio fue de carácter descriptivo, de corte trasversal y diseño cuasiexperimental, fundamentada en los métodos: científico, deductivo, inductivo, analítico, sintético, histórico, lógico, subjetivo, comprensivo, diagnóstico, modelación y el método estadístico; se utilizó el cuestionario de análisis de la Educación Sexual Familiar aplicado a 25 padres de familia en vista de que se presentaron desconocimientos generalizados en relación a educación sexual familiar. Los resultados encontrados son: el 80% los padres no han educado a sus hijos en temas básicos sobre sexualidad; luego de la aplicación del programa de intervención el 52% de padres están dispuestos para hablar con sus hijos sobre temas de sexualidad; en cuanto a la correlación r (xy), alcanza el valor de 0,75; lo que significa una correlación positiva alta. Se concluye que la mayoría de padres no informan ni educan a los hijos sobre la sexualidad humana; pero, luego del programa de educación sexual aplicados a los padres, ellos están capacitados para educar a los hijos desde lo afectivo en temas de sexualidad. Adicionalmente se recomienda seguir ejecutando talleres que permitan una educación familiar en relación a la sexualidad sana y libre de riesgos; finalmente, el programa es validado a través del coeficiente de correlación como positiva alta.

SUMMARY

Today distorted models of sexual behavior that are systematically involved adolescents inadequate cause in the field of sexuality practices; under this situation, the present work for titration overall objective was to design a program of Family Education to Prevent Sexual risk behaviors in the exercise of sexuality of students; the study was descriptive, of crosscut and quasi-experimental design, based on the methods: scientific, deductive, inductive, analytic, synthetic, historical, logical, subjective understanding, diagnosis, modeling and statistical method; Questionnaire analysis Family Sex Education applied to 25 parents in view of widespread unknowns were presented in relation to family sex education was used. The results are: 80% of parents have not educated their children on basic issues about sexuality; after the implementation of the intervention program 52% of parents are willing to talk to their children about sexuality issues; regarding the correlation r (x), reaches the value of 0.75; which means a high positive correlation. We conclude that most parents do not inform or educate children about human sexuality; but then the sex education program applied to parents, they are trained to educate children from the affective on sexuality. In addition it is recommended to continue running workshops to family education regarding healthy and risk free sexuality; finally, the program is validated through correlation coefficient as high positive.

c. INTRODUCCIÓN

La sexualidad en la adolescencia abarca diferentes aspectos fundamentales del ser humano como el sexo, la identidad de género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Actualmente hombres y mujeres a partir de sus primeros años de vida, sistemáticamente y continuamente están relacionados con escenas, imágenes y situaciones en la que de manera implícita o explícita se exponen informaciones de tipo sexual permitiendo que el individuo vaya estructurando esquemas mentales y sus nociones sobre la sexualidad, manifestándose en plenitud durante la adolescencia, que después las expresa mediante la práctica de conductas sexuales. Cuando la educación y la formación en el individuo ha sido adecuada, esta persona estará en condiciones de vivir su sexualidad no solo desde lo genital (dimensión bilógica) sino también desde sus funciones psicológicas, sociales, culturales y espirituales; al contario si han existido vacíos de conocimientos y modelos dañinos o distorsionados con respecto a la sexualidad, el adolescente realizaría conductas sexuales de riesgo, aumentando la prevalencia de poner en peligro sus metas, expectativas personales, su salud y la convivencia en pareja. Para tener una visión más amplia sobre esta problemática se realizó un diagnóstico de la realidad en la Escuela Miguel Riofrío N°2 durante las prácticas preprofesionales, encontrándose que el 48,8% han recibido poca información sobre sexualidad y así mismo a través de la observación directa los estudiantes tenían actitudes de irrespeto hacia las compañeras en relación al género, a las bromas, y a las actitudes de insinuaciones mal sanas.

Bajo este contexto problemático se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿De qué manera el Programa de Educación Sexual Familiar podrá prevenir conductas de riesgo en el ejercicio de la sexualidad de los estudiantes de los novenos años paralelos “A” y “B” de la “Escuela de Educación Básica Miguel Riofrío Nº 2”, de Loja, 2014-2015?

Luego de conocer la realidad problemática existente, en cuanto a las conductas sexuales de riesgo se creyó oportuno y pertinente desarrollar la tesis denominada:

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL FAMILIAR PARA PREVENIR CONDUCTAS DE RIESGO EN EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LOS NOVENOS AÑOS PARALELOS "A" Y "B" DE LA "ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MIGUEL RIOFRÍO Nº2", DE LOJA, 2014-2015.

Para lograr este propósito se plantearon como objetivos específicos: 1) Construir una base teórica fundamentada sobre las conductas de riesgo sexuales en la adolescencia; 2) Diagnosticar las conductas de riesgo en el ejercicio de la sexualidad de los estudiantes; 3) Elaborar un programa de educación sexual familiar para prevenir conductas de riesgo con respecto a la sexualidad de los estudiantes; 4) Aplicar el programa de educación sexual familiar para prevenir conductas de riesgo con respecto a la sexualidad de los estudiantes; y finalmente, 5) Valorar la efectividad del programa de educación sexual familiar para prevenir conductas de riesgo con respecto a la sexualidad de los estudiantes.

Para sustentar la investigación se describió sobre las teorías de la conducta de riesgo, además se describieron los modelos de prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y SIDA, las conductas sexuales en los adolescentes, las conductas sexuales de riesgo, así como las variables actitudinales, cognitivas y conductuales que las originan y finalmente las consecuencias de las prácticas sexuales no seguras. Conjuntamente, en el trabajo de titulación se detalló al Programa de Educación Sexual Familiar, así como los modelos y principios en los cuales se fundamentó.

Esta tesis fue de carácter descriptivo, de corte transversal y de diseño cuasiexperimental, se basó en los siguientes métodos: científico, inductivo, deductivo, metodológico, histórico, lógico, subjetivo, comprensivo, diagnóstico, de modelación y el estadístico coeficiente de correlación lineal para validar el Programa de Educación Sexual Familiar. El escenario escogido fue la Escuela Básica "Miguel Riofrío N°2", que cuenta con alrededor de 540 estudiantes matriculados, La muestra escogida son los 25 padres y madres de familia de los adolescentes que cursan los novenos años de educación básica, paralelos "A" y "B", su selección se justifica por las actitudes inapropiadas que mostraron los estudiantes frente a la sexualidad, resultando en

comportamientos que fueron sujetos a sanciones, además por el desconocimiento de los padres para educar a los hijos/as en sexualidad, así como también la limitada capacitación de los docentes sobre educación sexual escolar, por lo que fue imperiosa la intervención tanto a los estudiantes como a los padres de familia. Para obtener datos que fundamenten la propuesta de intervención se aplicó el diagnóstico en 33 estudiantes de los cursos seleccionados y el instrumento utilizado fue el Cuestionario de Análisis de la Educación Sexual Familiar, posteriormente para el pre y pos test se agruparon las preguntas contextualizándolas para que sean dirigidas hacia los padres de familia, minimizando las probabilidades de sesgar la información y permitiendo valorar la efectividad del programa, aclarando que no existe una diversidad de instrumentos validados en lo que se refiere a las conductas sexuales de riesgo.

Posteriormente al aplicar el pre test, se obtuvieron los siguientes resultados de los cuales se destacan algunos aspectos de la sexualidad que evidencian la carencia de información, es así que el 80% de padres nunca han hablado y enseñado a sus hijos sobre temas de masturbación, en cuanto a relaciones sexuales el 48%, con respecto a la anatomía y funcionalidad de los genitales el 44% y acerca de los métodos anticonceptivos el 40%. Los datos expuestos pueden originar cognitivamente en el adolescente sesgos en la información, percepción normativa, percepción de riesgo, percepción de la gravedad de la enfermedad, percepción de la capacidad para adoptar conductas protectoras desarrollando creencias erróneas y posteriormente siendo más proclives a practicar conductas sexuales de riesgo específicas como: inicio de relaciones sexuales tempranas, promiscuidad en los adolescentes, no utilización del preservativo, o el petting.

Con la ejecución de la propuesta de intervención y a través del postest se evidenció que aumentaron los conocimientos ya que al finalizar el programa, los padres de familia afirmaron que han hablado y enseñado ampliamente a sus hijos, sobre los siguientes aspectos de la sexualidad, reflejando los siguientes datos: el 48% en relación a los métodos anticonceptivos, el 52% sobre relaciones sexuales, el 48% con respecto a la anatomía y funcionalidad de los genitales, y finalmente, el 44% en lo que concierne a la masturbación, demostrando la eficacia del Programa de Educación Sexual Familiar. Según el coeficiente de correlación lineal de Frank Pearson en el aspecto de las

relaciones sexuales hubo un correlación de 0,67, en lo concerniente a métodos anticonceptivos la correlación fue de 0,75, en lo que respecta a la anatomía funcionamiento de los genitales una correlación de 0, 64, mientras que en el aspecto de la masturbación existió una correlación del 0,62, interpretándose como una correlación positiva moderada, confirmando la eficacia y pertinencia de la propuesta de intervención.

De todo el estudio se concluye que los padres de familia, lograron hablar y enseñar con amplitud sobre métodos anticonceptivos; relaciones sexuales; anatomía y funcionamiento de los órganos genitales; y sobre la masturbación, después de la ejecución del Programa de Educación Sexual Familiar, planificado para aumentar el nivel de conocimientos y prevenir las conductas sexuales de riesgo en el ejercicio de la sexualidad de los estudiantes. Finalmente se recomienda socializar a las autoridades pertinentes, los resultados de la ejecución del Programa de Educación Sexual Familiar para prevenir conductas sexuales de riesgo en los estudiantes y así resaltar la importancia de enseñar y modelar conductas sexuales seguras promoviendo una sexualidad plena y satisfactoria en los adolescentes.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

SEXUALIDAD Y EDUCACIÓN SEXUAL

Impartir conocimientos sobre sexualidad es complejo, porque interviene en gran medida el entorno en donde las personas se desarrollan, el acceso a la información y el modelo en el que se pretende educar. Adicionalmente, se debe conocer y comprender su definición, así como todos los elementos y factores que convergen en ella, con el fin de enseñar pero con fundamento científico y así evitar seguir enfoques tradicionales caracterizados por ser de tipo moralista. Ante ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), describe a la sexualidad como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida y abarca diferentes componentes al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. También puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre, y además, está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Bajo esta perspectiva, recientemente en el "Encuentro Mundial de Expertos en Educación para la Sexualidad" (2011), concencuaron que:

> La sexualidad es la forma en que las personas experimentan y se expresan como seres sexuados. Es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos o espirituales. Basada en el sexo, incluye: el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción.(p. 16)

Estas concepciones son relativamente iguales, pero complementariemente, se debe educar dentro de un marco de autorespeto y responsabilidad en cada uno de los elementos presentes en la sexualidad. Entonces surge la necesidad de una educación sexual, de acuerdo a Cáceres, Castro, Sarmiento y Rodríguez (2003), la definen como:

Impartir información adecuada progresiva de lo que la sexualidad humana debe requerir para su formación en todos los contextos humanos. Logrando una sexualidad plena y responsable a través de la comunicación equilibrada con el otro sexo dentro del contexto de respeto y responsabilidad. (p. 116)

Los agentes que contribuyen en la educación sexual de los individuos son diversos y en el "Encuentro Mundial de Expertos en Educación para la Sexualidad" (2011), los clasificaron de la siguiente forma:

Educación sexual formal

Consiste en la planificación de los procesos de aprendizaje directa e indirectamente relacionados con el patrón de conducta y experiencias sexuales,vasí como con el patrón de valores sociales o culturales relativo a la sexualidad, y se realiza fundamentalmente a través del sistema educativo y sanitario.

Educación sexual informal

Es un proceso por el cual se enseña y aprende, sin que se planee o dirija de forma consciente, y que se recibe tanto en la familia como por los medios de comunicación de masas y a través del grupo de iguales.

La educación sexual integral debería iniciarse en épocas tempranas de la vida, debería seradecuada para la edad y el grado de desarrollo y debería de promover una actitud positiva hacia la sexualidad. La educación de la sexualidad también debe incluir el desarrollo de destrezas, además de la adquisición de conocimientos, ya que se ha reconocido que la información sexual por sí sola no basta. Para la consecución de esta meta, en el "Encuentro Mundial de Expertos en Educación para la Sexualidad" (2011), se propusieron seis estrategias:

1) Impartir educación sexual integral a nivel escolar.

2) Integrar la educación sobre sexualidad en el currículo de las instituciones de educación.

3) Proveer educación integral a personas con discapacidades mentales y físicas.

4) Dar acceso a la educación sexual integral a los grupos especiales de la población.

5) Dar acceso a educación sexual integral a otras poblaciones.

6) Integrar a los medios de comunicación masiva en los esfuerzos para impartir y promover la educación sexual integral y con una base científica. (p. 7)

Modelos de educación sexual.

En educación sexual existen diversos modelos que imparten información y enseñanza en base a diferentes criterios, a continuación se describen cada uno de ellos:

Modelo moral

Nace como reacción de las instituciones conservadoras a las otras formas de educación sexual. La intención de este modelo no es educar la sexualidad, sino contestar de forma reaccionaria a través de su doctrina, es decir silenciar la sexualidad, reducirla al secreto. De acuerdo a Foucault (como se citó en Lameiras y Carrera, 2009), afirma:

> El modelo moral adopta una actitud prohibitiva hacia la sexualidad, actitud que ha sido un continuo a lo largo de la historia desde el siglo XVII. La propagación de estos temas no ha sido considerada propia y adecuada por parte de las personas conservadores, quienes prefieren mantenerlo en el silencio o hablan sobre la sexualidad bajo su doctrina y filosofía. Sus principales objetivos son fomentar la abstinencia como único método seguro para prevenir los riesgos derivados de la actividad sexual, preparar para el matrimonio y fortalecer el carácter y la voluntad para no sucumbir al sexo antes del matrimonio ni a la infidelidad durante el mismo. La responsabilidad de esta educación sexual recae principalmente en la familia desde luego de tipo conservador y fuentes de convicciones religiosas. Todo esto causa que la capacitación de las personas en estos temas siga estancada. (pp. 40-41)

Modelo de riesgos

También llamado modelo preventivo o médico, surge como una necesidad social para evitar los riesgos derivados de la actividad sexual. Se basa en un modelo clínico-médico o higienista, que entiende la salud como la mera ausencia de enfermedad. Según Lameris y Carrera Fernadez (2009), señalan que este modelo indica que la intervención

se realiza para evitar enfermedades, o detectarlas y curarlas. No tiene cabida una educación sexual para mejorar el bienestar interpersonal y la calidad de vida de las personas. Siendo sus principales objetivos evitar los problemas de la salud derivados de la actividad sexual y sus consecuencias. Se desarrolla a través de dos visiones, la técnica y la moralista conservadora. Una forma de evitar riesgos es llevar acabo actividad sexual solo con la pareja sellada por el vínculo del matrimonio y no ser infieles. En este modelo se desarrolla una actitud más permisiva que fomenta discursos sobre el sexo, liberándolo superficialmente del secreto y del silencio, convirtiendo el antiguo concepto de pecado en la moderna idea de peligro y enfermedad, las principales formas de intervención estas centradas en la capacitación a pares, estudiantes, grupos maestros y a la población en general mediante campañas publicitarias, charlas preventivas y la creación de asociaciones.

Modelo para la revolución sexual y social

Nace en Viena, es creado por Reich alrededor de los años treinta tiene su origen en la izquierda freudiana que hace síntesis de las ideas de Freud y Marx. Acorde a ello Lameris y Carrera (2009) manifiesta que, este modelo parte de la premisa de que la revolucion sexual es una condicion indispensable para la revolución social y viseversa, reividica la necesidad de la educación sexual en la escuela, el acceso libre de anticonceptivos el derecho al aborto o la creación de lugares para que los jóvenes y las jóvenes puedan tener relaciones sexuales en condiciones dignas. El principal objetivo de este modelo es ambicioso, ya que pretende contribuir a aumentar la conciencia critica sobre el sentido de la emplotacion social y la represion sexual en los y las adolescentes.

Modelo biográfico y profesional

Nace en Suecia en la década de los 50 y poco a poco se va extendiendo. Es un modelo que parte de un hecho científico fundamental acerca de la sexualidad, se fundamenta en una postura relativista y plural, basada en el conocimiento científico y en el derecho de la diversidad de biografías sexuales.

Se basa en un concepto positivo de salud en general y salud sexual en particular, entendiéndolas como elementos indispensables para la promoción del bienestar personal y la calidad de vida de todas las personas. El principal objetivo es ayudar a conseguir el

bienestar personal y la calidad de vida desde la identidad y la biografía sexual que cada persona elija tener. Además desmitificar falsas creencias sobre la sexualidad y la actividad sexual adquiriendo conocimientos científicos y habilidades sociales de comunicación y toma de decisiones y fomentar una ética básica en las relaciones sexuales.

Los modelos de educación sexual fueron desarrollados en base a las necesidades que surgían en las diferentes décadas de esta época moderna, en la actualidad, es necesario adoptar una postura ecléctica para resolver problemáticas en educación sexual que tienen diversas etiologías.

Principios de la educación sexual

La revista construcciones a las ciencias sociales (2011), menciona los siguientes principios:

Carácter socializador personalizado.- Las personas nacen biológicamente sexuadas, pero es a través de la vida que devienen psicológica y socialmente sexuados, mediante la educación sexual, como proceso en el cual la sexualidad se socializa. La interacción entre lo social y lo individual, representa el desarrollo de la personalidad., donde toda la riqueza humana con sus modelos, códigos, y valores influyen sobre las personas desde la infancia pero no son asumidas de manera mecánica sino reconstruidas subjetivamente.

Carácter humanista y participativo.- La educación sexual debe considerar al ser humano como centro del proceso, conocer y respetar sus necesidades y potencialidades, promover la confianza, el compromiso y la participación activa que son fundamentos esenciales para que los adolescentes se conviertan en sujetos de su propia educación, sin que se les impongan verticalmente ideas y sentimientos, ni se les ocupe el espacio que les corresponde como seres únicos.

Adecuación al desarrollo y preparación activa.- La educación de la sexualidad debe tener en cuenta tanto las particularidades de esta esfera en las distintas etapas, como aquellas propias de cada personalidad y características de los grandes grupos humanos en los cuales esta se integra.

Carácter alternativo.- El proceso no puede tener un carácter arbitrario, sino que debe partir de un modelo general y flexible del ser humano a formar y de su sexualidad, debe ser un modelo rico en opciones, y posibilidades de formas de comportamiento diversas como punto de referencia.

Vinculación con la vida.- Como parte de la preparación para la vida debe estar estrechamente vinculada a la vida misma, tanto en sus contenidos y alcance, como en sus métodos mismos.

Unidad de lo afectivo y lo cognitivo.- La educación sexual no debe ser entendida como un proceso donde se transmiten grandes volúmenes de conocimientos, ya que la información cuando no se vincula a lo afectivo y se expresa en el comportamiento representa una carga muerta y formal, ajena a la personalidad y sin participación en la regulación de la actividad.

Carácter permanente y sistemático.- Las influencias que participan en cada personalidad sexuada comienzan a organizarse desde antes del nacimiento y actúan sistemáticamente durante toda la vida, a partir de la infancia y hasta la tercera edad.

Libertad y responsabilidad.- La educación de la sexualidad debe brindar al ser humano la posibilidad de elegir libremente las sendas particulares para transitar y vivir su sexualidad, pero a la vez en correspondencia con las necesidades y valores de la sociedad, con una profunda responsabilidad ciudadana.

Confianza y empatía.- Las influencias educativas actúan sobre la psiquis solo cuando se basan en vínculos sólidos de afecto, confianza mutua y respeto, comprensión tacto y delicadeza que propicien los más altos niveles de comunicación.

Veracidad y claridad.- El conjunto de saberes, representaciones, y valores que se transmiten deben ser siempre objetivos y veraces, ajustándose a la realidad, de manera que rompan mitos, tabúes y falsos conceptos que tradicionalmente han convertido esta hermosa esfera de la vida en algo sucio y pecaminoso.

Placer.- La sexualidad durante siglos se vio ligada a lo prohibido, hoy esta esfera existencial comienza a convertirse en lo que realmente es: una vía fundamental de placer, goce, comunicación y felicidad de enriquecimiento para la persona y su pareja y por ende, repercute en la calidad de vida individual y social**.**

Educación sexual familiar

Es en este punto en donde toma vital importancia el papel de la familia para abordar los diferentes componentes que integran la sexualidad humana, resultando oportuno señalar a los autores Orlando, Martín y Encarnación (como se citó en Saldaña y Solís, 2010), los mismos manifiestan que:

> La familia es considerada la primera educadora, la primera escuela de sociabilidad, el primer agente natural de educación, la formadora de personas. Por otro lado, a la familia le corresponde ser la formadora en el afecto, en la sexualidad, en los valores. Más aún, para algunos, es la "responsable" de esta formación. Otros insisten en su carácter de exclusividad, es propia de la familia la educación sexual de sus hijos-as. (p.51)

Bajo esta consigna se establece a la familia como principal educadora en el ámbito de la sexualidad de sus hijos, como señalan Luisi y Santelices (como se citó en Frinco y del Carmen 2013), que: "Es aquí donde se gestan los primeros cuidados del ser humano, los que le permiten crecer y desarrollarse en el amor y la comprensión del mundo" (p. 431). Además, es donde se forjan la voluntad y la libertad, lugar de autoafirmación y comunicación interpersonal, que permiten al hombre y la mujer lograr su pleno desarrollo y descubrir su ser personal. La educación en el plano de la sexualidad, es en la familia donde primero aprendemos que es algo inherente a nuestro ser y que nos compromete integralmente, es más, no deberíamos decir simplemente que tenemos sexualidad sino que somos sexuados, para Zegers y Contardo (2003), esto significa que no cabe una aproximación reductiva a este estado, como por ejemplo si se la restringe a lo puramente biológico, a la genitalidad, o sólo a sus manifestaciones psicológicas, sino que es tarea humana integrarla en su proyecto, regular su expresión por medio de la razón y la voluntad y jamás usarla como un medio o instrumentalizarla. En este sentido los padres son los primeros responsables para llevar a cabo la educación de la sexualidad pero siempre bajo un marco de confianza, con las explicaciones adecuadas a su edad para que adquieran el conocimiento y respeto de la propia sexualidad en un camino de personalización, en donde es necesaria una explicación más que una prohibición, de lo contrario, los adolescentes crecen desorientados, con dudas que resolverán con la persona menos indicada y con una información incorrecta.

Enfoques para educar sexualidad en el hogar

La realidad sexual es percibida de acuerdo con los valores que se posean los miembros de la familia, el grado de educación, el nivel socioeconómico, la religión, entre otros. Por este motivo, surgen distintas apreciaciones y condiciones para enseñar sobre sexualidad en el hogar, por lo que estos lineamientos han dado lugar a los distintos enfoques. A continuación los autores Orlando, Martín y Encarnación (como se citó en Saldaña y Solís, 2010), los describen:

Espiritualista-Moralista.- Fundamenta en una cultura y moral judeocristiana que conduce a la negación del placer sexual. Considera que el ser humano posee dos partes irreconciliables, la carne y el espíritu: carne "pecado" vs. espíritu "pureza". La sexualidad se convierte en un tema prohibido y está justificada por la procreación, puede ser ejercida dentro de la familia. El ejercicio educativo desde esta mirada es el "deber ser" en lo referente a la sexualidad.

Materialista-Genitalista.- Este enfoque, valora el cuerpo como fuente de placer, que se obtiene a través de los sentidos. El sexo es primordial para este enfoque, desde lo pasional.

Biológico / Higienista.- Referida a la anatomía, y la fisiología del aparato reproductor, a los mecanismos de la reproducción; así también, a los cambios biológicos que se producen en cada etapa evolutiva.

Hedonista.- Es un enfoque egocéntrico, anticoncepcionista dirigido solamente a la satisfacción de los deseos sexuales, estando siempre presente el placer.

Socio-culturalista.- Relacionada con el contexto sociocultural y la concepción que esta determina sobre sexualidad, sexo, género; a través de las prácticas culturales.

Personalista (integral-holístico) comprehensivo.- Este enfoque se centra en la persona sexuada y en su desarrollo integral, ya que abarca los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y éticos-axiológicos-legales. (p.p. 90-93)

Conductas de riesgo sexual

Explicar las razones por las cuales los adolescentes actúan irresponsablemente con respecto a su sexualidad resulta complejo, en primer lugar porque en esta etapa los

individuos responden inmediatamente a estímulos sexuales; segundo, están sujetos a creencias propias del contexto en el que se desarrollan, y por último no poseen un criterio adecuado sobre conductas sexuales y sus consecuencias, convergiendo estos elementos en prácticas inadecuadas y resultando en un posible daño a la salud del sujeto y a la de su pareja. Por ello surge la necesidad de conocer y describir teorías del por qué la predisposición de las personas a exponer su integridad física y psicológica ante situaciones de riesgo, según diversos autores.

Teorías de las conductas de riesgo

Primero es necesario conocer la definición de conducta de riesgo, para ello, Jessor (como se citó en Becoña, 1999), establece que: "Es cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente" (p.203). En este contexto, una conducta de riesgo resultarían ser todas aquellas acciones (ya sea tomada de manera inconsciente o determinadas por factores externos), que realiza un adolescente provocándole consecuencias patológicas y comprometiendo su normal desarrollo. A continuación, se describirán los principales postulados de algunos autores explicando las causas, por las que, actuamos en forma en que se compromete nuestra salud.

La teoría de la conducta problema de Jessor

Esta teoría fue desarrollada por Richard Jessor en el año de 1977 y reconoce que la conducta adolescente, incluyendo conductas de riesgo, no surgen de una sola fuente, sino que es el producto de complejas interacciones entre los individuos y su entorno.

La teoría de la conducta problema ha sido aplicada entre otras cosas a la sexualidad precoz (conducta sexual de riesgo). Dicha teoría de la conducta problema se basa en tres sistemas explicativos: la personalidad, el ambiente y la conducta, todos ellos interrelacionados y organizados entre sí para explicar la propensión a la conducta problema o la probabilidad de que la conducta problema ocurra. Según Jessor (1977), para explicar la personalidad, ambiente y conducta, dentro de este modelo se consideran otros conceptos que estarían dentro de cada sistema:

- **La personalidad:** Es el conjunto de valores, expectativas, creencias, actitudes, orientaciones hacia sí mismo y hacia otros, son cognitivos y reflejan el significado y experiencia social.
- **El ambiente:** Dentro de este sistema explicativo se consideran los apoyos, influencia, controles, modelos y expectativas de otros, y que tienen como característica que pueden ser conocidos o percibidos, teniendo significado para la persona.
- **La conducta:** Se entiende a los propósitos aprendidos socialmente, funciones o significados más que sus parámetros físicos.

Sin embargo, interviene otras variables para explicar los tres sistemas explicativos, como, las características demográficas en las que se considera entre otras cosas la educación, la ocupación y la religión de los padres así como la estructura familiar. Estableciendo que una conducta es el resultado de diversos componentes como, la ideología parental, el clima familiar, la influencia de los iguales y la de los medios de comunicación.

Además, se detalla que el sistema de personalidad está formado por tres componentes: la estructura de instigación-motivacional, la estructura de creencias personales y la estructura del control personal.

1° Estructura de instigación motivacional.- Se refieren a la orientación decisional de la acción, o los objetivos que persigue la persona. De éstos, la teoría considera tres como fundamentales: el rendimiento académico, la independencia y el afecto de los iguales.

2° Estructura de creencias personales.- Son aquellos controles cognitivos de naturaleza general que se ponen en marcha contra la ocurrencia de conductas problema. Estarían entre ellos el refrenarse en realizar conductas inconformistas, que originan toda una serie de creencias sobre sí mismo, la sociedad y sobre sí mismo en relación con la sociedad. Específicamente incluye cuatro elementos en esta estructura, la crítica, la alienación, la autoestima y el locus de control interno-externo.

3° Estructura del control personal.- Es el nivel de control que tiene la persona para no llevar a cabo conductas no normativas.

Con respecto a las conductas sexuales de riesgo, se deduce que cualquier alteración en los componentes de la personalidad produce una actitud, que se caracteriza por una discrepancia entre las funciones positivas y negativas de realizar ciertas conductas, como consumir drogas, tener relaciones prematrimoniales, sexualidad precoz, entre otras.

Teoría del riesgo de Luhmann.

Propuesta por Niklas Luhmann en el año de1996, el concepto de riesgo ser refiere a la posibilidad de daños futuros debido a decisiones particulares. Las decisiones que se toman en el presente condicionan lo que acontecerá en el futuro, aunque no se sabe de qué modo. El riesgo está caracterizado por el hecho de que la posibilidad de consecuencias negativas, conviene, de cualquier modo, decidir mejor de una manera que de otra.

En base a la evidencia reciente en neurociencia, propone que las áreas dopaminérgicas, íntimamente relacionadas con los llamados "circuitos de recompensa" estarían implicadas en los aspectos sociales y emocionales que influyen en que los adolescentes tomen conductas de riesgo. Estas áreas maduran después de las áreas predominantemente cognitivas (corteza prefrontal), lo que explicaría biológicamente cómo, conociendo los riesgos y posibles consecuencias dañinas, se involucren igualmente en dichas conductas.

La idea central en esta teoría, es trabajar con factores y conductas de riesgo y actuar sobre ellos previniendo las posibles consecuencias dañinas para la salud. En este caso, "el uso del preservativo para evitar un posible embarazo o un contagio de infecciones de transmisión sexual" es un buen ejemplo de la lógica subyacente. Se asume que a mayor conocimiento de los eventos negativos, mayor posibilidad de evitarlos, pero se ha demostrado que no basta tener conocimientos adecuados para generar cambios.

Teoría de resiliencia en adolescentes.

Según Castillo y Benavides (2012), manifiestan: "Esta teoría se fundamenta en dos perspectivas filosóficas: la etapa de desarrollo de la vida y los modelos basados en el significado" (p.171). La primera perspectiva busca determinar la influencia histórica y

contemporánea de la etapa de desarrollo de la persona, así como la respuesta del adolecente a la salud y la enfermedad. La segunda perspectiva filosófica se basa en los modelos de significado, esta hace referencia a los patrones, la experiencia y la percepción de la persona hacia la enfermedad.

Este modelo permite intervenciones psicoeducativas para la prevención de las conductas sexuales de riesgo. El modelo parte de los siguientes supuestos:

- ✓ El cambio en una persona puede ser observado a través de las etapas de desarrollo desde la primera infancia hasta la edad adulta, este cambio se acentúa durante la adolescencia.
- ✓ La adolescencia, vista como una etapa de desarrollo, abarca los cambios físicos de la pubertad, y su experiencia previa y durante la misma.
- ✓ La persona posee recursos y fortalezas para gestionar con flexibilidad los factores de estrés para obtener resultados positivos.
- ✓ Los adolescentes tienen respuestas específicas a la salud y la enfermedad.
- ✓ La familia y la sociedad son elementos importantes en la protección del adolescente.

Además se establecen los factores de riesgo, los mismos que se dividen en riesgo relacionado con la enfermedad y riesgo individual. El primero considera los factores que producen una influencia negativa en la resiliencia; el segundo comprende el riesgo individual exacerbado por los problemas de salud y las estrategias de afrontamiento defensivo que son empleadas cuando las personas responden a los acontecimientos estresantes. Bajo esta perspectiva teórica se propone que un adolescente adquiere conductas sexuales de riesgo, porque jamás ha presentado las consecuencias de las mismas, debido a que en su etapa, sería inusual que contrajeran alguna infección de transmisión sexual, provocando que se desarrollen esquemas cognitivos en los que se minimiza la posibilidad de algún contagio.

Teoría construccionista del riesgo sexual.

El enfoque construccionista del riesgo se debe en gran parte a los aportes de Douglas (como se citó en Moreno, 2008) desde la antropología cultural, en donde se defiende la noción de riesgo como:

> Un constructo social, la idea de que el riesgo es, a la postre, un proceso social. Su propósito es desmantelar, desde el análisis cultural, el enfoque de la percepción del riesgo, que sostiene que cada uno de nosotros es prisionero de sus esquemas cognitivos, y sostener la idea de que el conocimiento es un producto cambiante de la actividad social. (pp. 113-144)

Desde esta perspectiva, los riesgos no son concebidos ni como propiedades objetivas que dependen de cómo sea físicamente el mundo, ni como propiedades subjetivas que dependen de cómo sean cognitivamente los individuos. Los riesgos son construcciones sociales que dependen de factores socioculturales vinculados a estructuras sociales dadas. No se conciben como construcciones gratuitas, sino convencionales, en el sentido de que son entidades funcionales dentro de tales estructuras sociales: éstas permiten la distribución de la culpa y la responsabilidad, son utilizados como reclamo para la movilización social, permiten la adaptación de la conducta individual a pautas colectivas marcadas por la opinión pública, etc. (López y Lujan 2000). Este enfoque no presupone, a diferencia del enfoque cognitivo, una experiencia directa del individuo con respecto al riesgo; del mismo modo, en el tema de la "aceptabilidad del riesgo", además para Douglas (como se citó en Moreno, s.f.) el individuo no percibe el riesgo de manera directa, sino que estos les llegan a través de las instituciones como la ciencia, el gobierno o los medios de comunicación, por tanto, en la valoración de riesgos (por ejemplo el uso del condón), no pesan demasiado los factores de carácter individual, sino que la aceptación depende más bien de aspectos tales como los valores sociales, la confianza en las instituciones o la transformación de la información en los medios.

El enfoque es contextualizado, se centra en el estudio de los factores que hacen que determinados puntos de vista respecto al riesgo resulten dominantes en grupos sociales dados, o bien que se produzcan polarizaciones y enfrentamientos respecto de la distribución del riesgo. Destaca en este enfoque el hecho de que la noción de riesgo no tiene una base empírica o práctica, sino que está construida culturalmente, lo que revela el hecho de que en determinados contextos sociales se destaquen ciertos riesgos, y se ignoren u oculten otros.

El problema de determinar los niveles aceptables de riesgo, es una cuestión básicamente moral y política, ya que forma parte de determinar los niveles aceptables

de vida y los niveles aceptables de moralidad y justicia social. Por ejemplo, los mensajes de prevención para el VIH/SIDA están orientados a la idea de pareja única, de la fidelidad en el matrimonio, etc. Lo que busca prevalecer es la institución de la familia y del matrimonio, a pesar de que la opción de pareja única para la prevención no puede adoptarse individualmente, silenciando el hecho de que la infidelidad masculina no es socialmente sancionada y que en algunos contextos puede incluso ser promovida. Siguiendo el mismo análisis, se puede entender que existen ciertas prácticas legítimas: el sexo heterosexual, por ejemplo, que es objeto de preocupación y atención, cuando este puede a conducir a un embarazo no planificado. Sin embargo, la misma práctica se deslegitima cuando ésta no tiene relación directa con la reproducción, sino que está más ligada al erotismo, y aunque puede exponer a la adquisición del VIH/SIDA o de otras enfermedades de transmisión sexual, no son objeto de la misma atención por parte de las autoridades.

Teoría del riesgo social.

Propuesta por Gidden (como se citó en Moreno, 2008), "sostiene que la construcción del riesgo como concepto, es un evento reciente, una manifestación del modernismo, que reedita aquellos conceptos tradicionales de la suerte, fortuna y destino" (p.106). El concepto de riesgo como tal se liga a la concepción moderna de racionalidad y a la concepción temporal de futuro.

En este contexto, el riesgo tiene la pretensión de convertirse en una unidad de medida del enfrentamiento del peligro y la búsqueda de la seguridad social. Según Beck (1996), plantea que desde ese hito habría comenzado a germinar lo que él denomina una sociedad del riesgo, de esta forma, nos encaminaríamos hacia una nueva modernidad en la que el eje que estructura nuestra sociedad industrial ya no es la clásica distribución de bienes, sino la distribución de males, nos guste o no, es la distribución del riesgo más que de la riqueza lo que moviliza hoy a numerosos colectivos sociales. Esta conceptualización nos ayuda a comprender por una parte la instrumentalización del riesgo; cómo éste se ha convertido en un eje central en el desarrollo de la salud pública, por ejemplo, y a la vez ilumina el camino para poder pensar en sus consecuencias políticas, al sostener la idea de la distribución de la responsabilidad y la culpa en nuestra sociedad.

Teoría de la autoeficacia de Albert Bandura.

El marco teórico que acoge la investigación de la influencia de las expectativas en el proceso de adopción o de modificación de hábitos de conducta es la Teoría Social Cognitiva (Bandura 1986), según la cual la motivación y acción humanas están reguladas en gran medida por las creencias de control que implica tres tipos de expectativas:

a) Expectativas de situación-resultado, en las que las consecuencias se producen por sucesos ambientales independientemente de la acción personal.

b) Las expectativas de acción-resultado, en las que el resultado sigue (o es consecuencia de la acción personal).

c) La autoeficacia percibida, referida a la confianza de la persona en sus capacidades para realizar los cursos de acción que se requieren para alcanzar un resultado deseado.

De estos tipos de expectativas, las que desempeñan un papel influyente en la adopción de conductas saludables, la eliminación de conductas nocivas y en el mantenimiento de dichos cambios son las expectativas de acción-resultado y las creencias de autoeficacia. Las expectativas de auto-eficacia influyen sobre la intención de modificar la conducta de riesgo, pero fundamentalmente sobre la cantidad de esfuerzo invertido para lograr la meta propuesta y persistir en la conducta adoptada, a pesar de las barreras que podrían debilitar la motivación.

La expectativa de autoeficacia o eficacia percibida es un determinante importante de la conducta que fomenta la salud por la influencia de dos niveles (Bandura 1999):

1. Como mediador cognitivo de la respuesta de estrés (la confianza de las personas en su capacidad para manejar los estresares a los que se enfrenta activan los sistemas biológicos que median la salud y la enfermedad) y
2. En cuanto variables cognitivo-motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia en los comportamientos elegidos (ejerce un control directo sobre los aspectos de la conducta modificable de la salud).

Los hábitos derivados del estilo de vida pueden favorecer o mermar la salud, lo que capacita a las personas para ejercer cierto control conductual sobre la calidad de su salud. Las creencias de eficacia influyen sobre todas las fases del cambio personal, tanto si contemplan la posibilidad de modificar sus hábitos de salud, si emplean la motivación y perseverancia necesaria para tener éxito en el caso de que decidan hacerlo, como si mantienen los cambios que han logrado.

Se concluye que las conductas sexuales de riesgo, son producto de un proceso cognitivo de normalización-evasión en el adolescente, originando el pensamiento de "esto no me va pasar a mí", en el que se el nivel de raciocinio de un individuo se ve opacado por la aparición de una idea "irracional", en este caso desconocer las consecuencias de las conductas sexuales riesgosas.

Modelos de prevención del SIDA

Revisando la literatura, se encontraron modelos aplicables que recopilan fundamentos, principios y elementos que intervienen en la prevención del SIDA, que es una de las principales consecuencias de la conducta sexual de riesgo, a continuación describiremos algunas de ellas propuestas por los autores García y García (2003):

Modelo multidimensional.

Fundamentada en las teorías del Apoyo Social, tiene su origen en los años sesenta, cuando se define la importancia y utilidad de los sistemas informales de apoyo, como: grupos de autoayuda, voluntariado social, tejido asociativo, etc. Se denomina así porque articula de un modo operativo una serie de dimensiones y elementos y sistematiza de un modo lógico y estratégico las posibles estrategias de investigación- acción: fuentes, funciones y niveles de análisis de apoyo social. El programa de intervención va dirigido a jóvenes y adolescentes, en el que se integran varias estrategias preventivas.

1) En el contexto familiar.
2) En el entorno de los iguales.
3) En el ámbito comunitario.

Este modelo expone que el papel de cada uno de los integrantes de la familia, los amigos, agentes de su ambiente escolar (profesores, psicólogos, psicopedagogos y

tutores), es fundamental para el impacto de prevención de conductas sexuales de riego en el adolescente.

Modelo de creencias de salud.

Este modelo apareció en los años cincuenta, a partir de los trabajos de los psicólogos sociales americanos y es uno de los más utilizados en la explicación y predicción de conductas relativas a la salud individual, parte de la premisa de que las creencias de un sujeto son determinantes esenciales para la posterior toma de decisiones acerca de la conductas o acciones saludables.

Postula cuatro factores que intervienen en la realización de la conducta saludable o tendiente a evitar una enfermedad:

- Susceptibilidad percibida.
- Peligro percibido.
- Beneficios percibidos.
- Dificultades percibidas.

Los investigadores Hingston y Strunin (como se citó en García y García, 2003), usaron este modelo para predecir la conducta preventiva del SIDA de los adolescentes respecto del uso del condón los factores considerados fueron los siguientes: la percepción de eficacia del condón, las barreras encontrarlas al usarlo o dificultades, la susceptibilidad de contraer VIH y la gravedad de la enfermedad.

Se establece, según este modelo, la importancia de procesos cognitivos al momento de recibir, analizar y aplicar información sobre aspectos de la sexualidad en adolescentes, tomando en cuenta que cualquier alteración al momento de percibir el peligro sería producto entre otros factores la carencia de conocimientos sobre sexo, embarazo, protección sexual, etc.

Modelo precede de L. W. Green.

Este modelo señala los diversos factores que se configuran como antecedentes de problema de salud. Entre ellos señala los siguientes:

- Los factores predisponentes, como son la información, las actitudes, los valores y las creencias.
- Los factores facilitadores como las habilidades la existencia de recursos y la accesibilidad de los mismos.
- Los factores reforzantes: la actitud y la conducta del medio (pareja, familia, grupo de iguales, personal socio-sanitario, medios de comunicación).

Este modelo permite identificar aquellos factores que actúan como antecedentes comportamentales de los problemas de salud, lo cual es muy útil a la hora de elaborar y planificar una intervención.

Modelo psicológico de prevención de la enfermedad.

Este modelo fue postulado por Bayes y Ribes (como se citó en García y García, 2003) parte del supuesto de que:

> Una persona se mantenga sana o enferma, mejore o empeore de una dolencia concreta depende esencialmente de dos cosas, ciertamente el grado de las condiciones patógenas a las que su organismo se encuentre expuesto, pero también de la mayor o menor vulnerabilidad del mismo. (p.27)

Por ello se considera que aún en condiciones óptimas de infección, si el organismo fuera invulnerable el hombre no enfermaría. El modelo posee un carácter bio-psico-social y actúa desde diferentes perspectivas:

a) Cambiando actitudes y normas.
b) Atenuando las reacciones emocionales adversas.
c) Adiestrando habilidades.
d) Facilitando los elementos instrumentales y condiciones necesarias para la prevención.
e) Disminuyendo la vulnerabilidad del organismo al VIH.
f) Facilitando alternativas atractivas a los comportamientos de riesgo.
g) Reforzando los comportamientos de prevención.

Modelo de la acción razonada.

Es básicamente un modelo de actitud, en el que se tiene una visión del sujeto como tomador racional de decisiones. Los elementos que constituyen este modelo son:

Variables externas: El conjunto de vectores que determinan que el sujeto tenga determinadas creencias, en el caso del SIDA serían la edad, situación económica, cultura y el contexto en el que se desenvuelve.

Creencias: En el que engloba conceptos como idea, opinión información y todo aquello relacionado con el ámbito del conocimiento. En el caso del SIDA sería la conducta preventiva de usar o no el preservativo.

Actitud: Es la evaluación favorable o desfavorable del propio sujeto sobre los resultados que una conducta le puede proporcionar, En el caso del SIDA la actitud del sujeto de usar preservativo estará más tranquilo de evitar un posible contagio.

Norma subjetiva: Se determina a partir de la percepción del sujeto tiene de lo que personas o instituciones importantes para él, piensan o esperan de su conducta. En el caso del SIDA la creencia normativa de lo que su pareja espera de él/ ella, se convierte en la norma que presiona la intención de usar o no el preservativo.

Intención: Es la decisión del sujeto de llevar a cabo o no una conducta, en este caso sería la intención de usar o no el preservativo.

Conducta: es la realización del acto, la actuación, que está en relación con el objeto de la actitud. En nuestro caso la realización efectiva de usar o no el preservativo.

En el presente modelo, se destacan aspectos subjetivos y factores externos propios de cada individuo y del entorno en el que se desenvuelve, predisponiéndolo a actuar irresponsable contra su propia salud.

Conductas sexuales en los adolescentes

La sexualidad en la adolescencia es determinada en gran medida por la sociedad y los diferentes agentes como padres y docentes ayudaran a que los jóvenes puedan

expresar responsablemente las conductas propias de su edad, de acuerdo con Rivero (2010) señala que:

> Los principios éticos y morales, las tradiciones culturales, los mitos y las creencias, la educación, los conocimientos existentes e incluso el lenguaje van condicionando en gran medida como se vive la sexualidad en una sociedad determinada. Según la forma en que el individuo acepte y viva la sexualidad, esta será fuente de grandes dichas y satisfacciones o de angustias, conflictos y frustraciones (p. 82-83).

Por su parte la conducta sexual de acuerdo a los autores Kaplan y Sadock's (como se citó en Saturno, 2012) manifiestan que:

> Es diversa y está determinada por una compleja interacción de factores, está afectada por las relaciones interpersonales de cada individuo, por las circunstancias vitales y por la cultura en la que se vive. La sexualidad es un componente de la personalidad, con su estructura biológica y son su sentido general de sí mismo. Incluye la percepción de ser hombre o mujer y refleja las experiencias sexuales a lo largo del ciclo vital. (p. 16)

En el siguiente apartado se describirán las principales manifestaciones sexuales que realizan los adolescentes.

El doble estándar.

Para Crooks y Baur (2009)**,** el doble estándar se refiere: "Al pensamiento previamente estructurado que tiene la sociedad de seguir lineamientos en el ejercicio de la sexualidad y su percepción de acuerdo al sexo de cada individuo, siendo más restrictivo para las mujeres y más permisivo para los varones" (p. 373).

Una de las formas en que se revelan las expectativas del rol de género para hombres y mujeres es a través de la existencia de un doble estándar sexual: diferentes niveles de permisividad sexual para hombres y para mujeres, casi siempre más restrictivos para estas últimas.

El doble estándar influye en la sexualidad masculina y femenina a lo largo de la vida, los adolescentes sexualmente a menudo reciben y sufren todo el peso de esta creencia social polarizada.

Como el doble estándar sigue afectando el comportamiento sexual de los adolescentes, consideremos algunas de sus posibles influencias. Para los varones, el énfasis de la sexualidad podría ser la conquista sexual. Los jóvenes que no son audaces o no han tenido experiencia mínima son calificados con términos peyorativos. Por otro lado, los amigos brindan un refuerzo social para las actitudes y comportamientos estereotipados. De acuerdo a Crooks y Baur (2009), para algunos jóvenes, es importante contarles a los amigos acerca de sus encuentros sexuales que el acto sexual en sí mismo:

> Mi imagen estaba en riesgo. Ahí estaba yo, bien parecido, con buen sentido del humor, fiestero, pero todavía virgen. Todos suponían que yo era un experto haciendo el amor. Yo interpretaba este papel sin lugar a dudas y siempre decía: Sí lo hicimos…y vaya que fue bueno. (p. 373)

Para los jóvenes, el mensaje y las expectativas son muy diferentes. El siguiente enunciado tomado de las notas de los autores Crooks y Baur (2009), ilustra la perspectiva de la mujer desde ambos lados el doble estándar:

> Siempre me pareció extraño que la sociedad promoviera la virginidad femenina pero que estuviera de acuerdo en que los chicos perdieran la suya. Provengo de una familia numerosa, donde mi hermano era el mayor de todos. Recuerdo que se decía de él que era un conquistador (él tenía 18 años. Mis padres no se molestaban, pero más bien parecían estar orgullosos. Pero cuando mi hermana y yo estábamos listas para salir, nuestros padres se volvieron desconfiados. Jamás olvidaré como me sentí, de modo que me propuse que, si alguna vez me convertía en madre, no permitiría tal desigualdad, ni haría énfasis en la virginidad femenina (p.373).

Paralelamente muchas chicas enfrentan un dilema, pueden aprender a parecer sensuales para atraer a los varones y aun así experimentar la ambivalencia del conducta sexual evidente. Por eso si una joven se rehusara tener relaciones sexuales íntimas podría preocuparle que su novio pierda interés y deje de invitarla a salir, pero si accede, puede ganarse la reputación de ser “fácil”.

Masturbación.

Según Crooks y Baur (2009), la autosatisfacción puede servir como vía importante de expresión sexual en ese período de la vida. Además de brindar siempre una salida viable para la tensión sexual. Los adolescentes pueden experimentar con diferentes maneras de darse placer y de ese modo incrementar su autoconocimiento.

Expresión sexual sin coito

Así también para Crooks y Baur, (2009), la expresión sexual sin coito se refiere al roce físico erótico que incluye besos, abrazos, caricias, estimulación manual o estimulación oral-genital, pero sin penetración.

Muchos adolescentes que creen que esta variante es más aceptable durante una cita y significativamente menos riesgosa que el coito en cuanto a las consecuencias de salud, sociales y emocionales. Para algunos jóvenes, el sexo sin coito es muy valioso porque brinda la oportunidad de tener intimidad sexual sin perder técnicamente la virginidad.

Relaciones sexuales tempranas.

De acuerdo a Laumann y Overbeek (como se citó en Crooks y Baur 2009), los adolescentes contemporáneos tienen a ser sexualmente íntimos con alguien a quien aman o quien se sienten unidos por motivos emocionales. Las chicas parecen sentirse más cómodas teniendo relaciones sexuales con alguien hacia quien tiene afecto, que manteniendo la creencia, de que tienen que “cuidarse” para una relación amorosa, por otra parte, los hombres se sienten cada vez más inclinados a ser sexualmente activos dentro de una relación afectiva o amorosa, más que a tener sexo casual o con un desconocido, lo que antes era típico de los adolescentes.

Riesgo sexual

Con respecto a al riesgo sexual, Haase (como se citó en Castillo y Benavides, 2012), menciona: “Durante la adolescencia, los cambios psicológicos afectan el contenido de los pensamientos por lo que su capacidad de abstracción causa que el adolescente vea la vida de manera fantasiosa, con pensamientos como a mí nunca me va a pasar eso” (p.173). Esta percepción de invulnerabilidad conlleva conductas sexuales riesgosas,

como las relaciones sexuales sin protección, que los ponen en riesgo de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

En este sentido, Taylor y Rew (2000) refieren que durante la adolescencia los procesos cognitivos se modifican significativamente, para predecir las consecuencias de las acciones, y para comprender el contexto social de las conductas, es necesario el desarrollo de la capacidad de razonar de manera abstracta. Los adolescentes que están pensando en un nivel preoperacional pueden verse a sí mismos como invulnerables y tener una visión optimista de los riesgos; en este sentido, el adolescente considera que puede pasarle a otros, pero a él no. Los cambios psicológicos de la pubertad y la menarquía son factores importantes que afectan el comportamiento de los adolescentes, de esta manera se sienten motivados a involucrarse en comportamientos sexuales de riesgo que incluyen la necesidad de pertenecer a un grupo, el deseo, la pasión y la curiosidad, así como la necesidad de desarrollar una identidad personal.

Uno de los tipos de afrontamiento defensivo más utilizado por los adolescentes es el evasivo, el cual impide que enfrente un problema o reflexione sobre él. Los adolescentes buscan reducir el estrés emocional asociado a la situación sexual a través del uso de estrategias de afrontamiento defensivo, estas no permiten oponerse de manera asertiva a una relación sexual sin protección.

Para el presente estudio el afrontamiento defensivo al riesgo sexual es el empleo de estrategias de evasión, fatalistas y emotivas que le impiden al adolescente identificar el riesgo sexual y tomar decisiones seguras sobre su conducta sexual.

Protección familiar contra el riesgo sexual.

Como ya se había descrito la familia es fundamental para el adolescente se eduque e informe de una forma adecuada y oportuna con respecto a las conductas sexuales. Bajo esta perspectiva, Haase (como se citó en Castillo y Benavides, 2012), menciona: “La protección familiar contra el riesgo sexual, se traduce en apoyo familiar para la conducta sexual segura (CSS)” (p. 175)

La protección de la familia es una fuente importante de apoyo contra problemas psicosociales para que el adolescente practique conductas sexuales seguras, ya que esta

es culturalmente vista como apoyo. La red familiar se conforma de las personas íntimamente relacionadas en una familia nuclear. En situaciones de crisis y de riesgo los miembros de la familia dependen en gran medida de su red de apoyo. En este sentido, Marsiglia, Nieri y Rubin (2006) refieren que el monitoreo de padres es un elemento clave para que el adolescente practique conductas sexuales saludables. Asimismo, mencionan que en las familias donde existe una relación positiva entre padres e hijos, y se discuten temas relacionados con sexo seguro, el adolescente tiene menos posibilidades de verse involucrado en situaciones de riesgo sexual. El constante apoyo familiar representa un modo ininterrumpido de estímulo protector, así como el control efectivo ejercido por los padres. Para el presente estudio se considerarán como apoyo familiar para la conducta sexual segura las relaciones afectivas de protección y cuidado que brindan los miembros de la familia para favorecer en el adolescente la práctica de conductas sexuales seguras.

Protección social contra el riesgo sexual.

El concepto de protección social contra el riesgo sexual, es la medida en que los individuos perciben que sus necesidades de apoyo, información y retroalimentación son cumplidas por los amigos y el proveedor de salud. En este estudio se manejará dicho concepto, que incluirá el apoyo social para la conducta sexual segura. Para Rosario (2008), concibe al apoyo social como la percepción que tiene el adolescente en relación con la ayuda proporcionada por otras personas, que puede ser emocional, de información o de asistencia. La protección social es uno de los recursos externos considerados de suma importancia por su efecto positivo en la salud. Las personas que presentan mayor protección social tienen menos problemas físicos y psicológicos, y contrarrestan mejor el estrés. Además para Haase (2004), menciona que el adolescente tiene la capacidad de mantener la relación entre sus pares, las relaciones escolares y las relaciones con las redes sociales para conseguir resultados positivos y reducir o evitar los resultados negativos. Por ello Cardozo y Alderete (2009), refieren que el apoyo social es un factor protector relacionado con los recursos que posee el adolescente que le permite hacer frente a una amplia gama de adversidades. Dentro de estos recursos se encuentran las personas del entorno en quienes el adolescente puede confiar, y que a su vez le establecen límites y le enseñan la forma de evitar los problemas. En este sentido,

las personas significativas le instruyen la manera correcta de proceder, de desenvolverse solo, y le ayudan a enfrentar situaciones de peligro.

Protección individual contra el riesgo sexual.

Según Haase (como se citó en Castillo y Benavides, 2012) refiere que la protección individual incluye los recursos que la persona utiliza para modificar los resultados adversos y hacer que ocurra la resiliencia; a partir de este concepto se propone el de protección individual contra el riesgo sexual. Otros aportes como el Rutter (1999), refiere que los recursos son contextuales y varían de un individuo a otro; sin embargo, dependiendo de la situación de riesgo los recursos utilizados en cada individuo son diferentes de acuerdo con la circunstancia, También algunos investigadores refieren que la persona, al identificar el riesgo, utiliza los factores de protección internos para llegar a la recuperación, estos factores permiten amortiguar las consecuencias de los peligros e interrumpen la cadena causa y efecto bloqueando los resultados negativos. La experiencia previa del individuo con el riesgo o la situación estresante influye de manera directa en los recursos disponibles que emplea como protectores modificando la respuesta de la persona en un sentido más adaptativo que el esperable. Por su parte, Lázarus y Folkman (1986), consideran que ante situaciones de amenaza o de riesgo la persona utiliza estrategias positivas para manejarlas que se pueden orientar tanto al dominio de la situación, como para evitarla o minimizarla; estas se conocen como estrategias de afrontamiento positivo.

Adicionalmente, los autores Taylor y Rew (2000) refieren, que los factores protectores que contribuyen a disminuir la conducta sexual de riesgo son: los conocimientos sobre sexualidad, la autoestima y la autoeficacia. De acuerdo con lo anterior, en la presente teoría de rango medio los factores protectores son considerados como amortiguadores del impacto de las conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA, e incluyen el afrontamiento positivo del riesgo sexual, el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoestima y la autoeficacia para la conducta sexual segura.

A continuación se describen cada uno de estos factores. El afrontamiento positivo es una estrategia utilizada por la persona para eliminar, reducir o tolerar el estrés o el riesgo. Lindqvist, Carlsson y Sjödén (como se citó en Castillo y Benavides, 2012)

mencionan que existen cinco estilos de afrontamiento que son empleados por la persona para enfrentar el estrés:

- El optimista, se caracteriza por el mantenimiento de actitudes positivas acerca del problema.
- El confrontativo, utiliza el enfrentamiento y la confrontación para solucionar los problemas.
- El de apoyo, maneja los sistemas personales, profesionales o espirituales de enfrentamiento.
- El autosuficiente, depende de la persona más que de otros para resolver el problema.
- El paliativo, incluye realizar otras actividades para sentirse mejor. (Jalowiec, 2003, p. 175).

Los adolescentes pueden utilizar estos estilos de afrontamiento positivo para contrarrestar los efectos negativos del riesgo sexual y poder manejar con seguridad el estrés producido por los cambios de la adolescencia permitiéndole de esta manera tomar decisiones sobre sexo seguro.

El afrontamiento positivo del riesgo sexual es el empleo de las estrategias optimistas, confrontativas, de apoyo, autosuficiencia y paliativas que permiten que el adolescente evite conductas sexuales de riesgo. Otro factor de protección personal es el conocimiento sobre VIH/SIDA, para Bogart, Cecil y Pinkerton (2000) consideran, que los niveles moderados y altos de conocimiento que la persona posee sobre esta enfermedad le proporcionan un medio de protección para evitar conductas sexuales de riesgo ya que le permiten decidir la mejor forma de protegerse.

Es importante que la información sea variada y suficiente para que pueda tomar una decisión sobre su conducta sexual. Por su parte, Givaudan y Pick (2005), reportan que los adolescentes que no poseen los conocimientos necesarios sobre el VIH/SIDA y sus formas de prevención tendrán menos probabilidades de utilizar un condón en la primera relación sexual en comparación con los adolescentes que tienen este conocimiento.

Conducta sexual de riesgo y las variables que la explican su origen

Es necesario primero definir a la conducta sexual de riesgo, para ello Moskovics (como se citó en Cabrera 2012), expone lo siguiente:

> Una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona. El sostener relaciones sexuales sin protección aumenta la incidencia de ETS como el VIH; así como embarazos no deseados, los que ha llevado el número de aumento de abortos y todo lo que esto conlleva. (p.p. 13-14)

Entonces, se describe a la conducta sexual de riesgo, como los factores internos y externos que influyen o impulsan a un individuo a realizar una manifestación o práctica sexual en el que se comprometa su salud.

A los factores que predisponen a practicar una conducta sexual de riesgo, se los engloba dentro de variables que permiten explicar su procedencia y son de tipo: cognitivo, actitudinal y conductual.

Variables de carácter cognitivo.

Sesgos en la información y creencias erróneas.

A menudo las conductas de riesgo son consecuencia de los déficits en los conocimientos y de las creencias erróneas o inexactas sobre la sexualidad o el sida. Los adolescentes suelen plantear en el aula cuestiones que corroboran esta idea, por ejemplo: “¿Es verdad que la primera vez que se hace el amo la chica no puede quedarse embarazada?”, o: “¿No es posible saber si un chico está sano a simple vista?”. También se detectan lagunas informativas a la hora de discriminar las prácticas seguras de las que no lo son. Por ejemplo, una creencia errónea mantenida por la mitad de los adolescentes en el estudio de Bakker (1999) era pensar que el uso del diafragma con espermicida evitaba la transmisión del VIH.

Percepción normativa.

Este concepto hace referencia a lo que un sujeto cree que piensan y hacen el resto de individuos semejantes a él. En el caso de los adolescentes y las conductas de protección

frente al sida, un individuo que se plantea si su edad es idónea para tener una primera relación sexual se preguntaría: "¿Qué opina la mayoría de mis amigos sobre mantener relaciones sexuales a mi edad?". Varios estudios han asociado la percepción normativa de los adolescentes con su actividad sexual, encontrando que los que perciben que el uso de preservativo está socialmente aceptado entre sus iguales es más probable que lo utilicen (Walter et al., 1992).

Percepción de riesgo.

Se basa en que los adolescentes no conciben la probabilidad de contraer el VIH y por ello probablemente no atenderán a la información que llegue hasta ellos a través de campañas o programas escolares, es decir, el sida continúa percibiéndose como una enfermedad marginal. En el estudio de Murphy (como se citó en Cabrera, 2012), se halló que el 87 % de los adolescentes no se consideraban en absoluto en riesgo o en todo caso de manera muy remota. Más de un tercio estimaba que no era posible contraer el VIH en un futuro próximo, y el 42 % consideraba que tenía menos de un 50 % de probabilidad de contraer el virus.

Percepción de la gravedad de la enfermedad.

Este postulado explica que el adolescente toma en cuenta la gravedad de las consecuencias, en este caso la enfermedad, siendo un factor de peso a la hora de valorar costes y beneficios.

Tal y como postula el modelo de creencias de salud, es más probable que el adolescente evite conductas de riesgo sexual si el balance entre el esfuerzo y las consecuencias de su conducta se decanta hacia la toma de medidas de protección.

Percepción de la capacidad para adoptar conductas protectoras.

La adopción de medidas preventivas pasa porque los adolescentes se autoperciban competentes para seguirlas. En este sentido, es importante cómo atribuye cada persona las causas de la infección: si un individuo explica el hecho de infectarse como un caso de mala suerte, poco puede hacer para salir airoso de una situación de riesgo, se trata pues, de llegar a que el adolescente perciba que las consecuencias dependen de sus propios comportamientos y no de factores externos.

Nivel de preocupación.

Se refiere a que el adolescente toma medidas de protección de acuerdo al nivel de información recibida, según Bimbela y Gómez (1994) analizan la conveniencia de recurrir al miedo para prevenir las conductas de riesgo sexual.

Los mensajes basados exclusivamente en el miedo consiguen aumentar el nivel de preocupación de aquéllos que no se encuentran en riesgo, mientras que los sujetos que sí lo están tienden a la negación de dicho riesgo. Es conveniente, por tanto, un equilibro entre la activación del miedo y la información constructiva.

Percepción de que los cambios conductuales reducirán los riesgos.

Para establecer esa relación entre conductas y reducción de riesgos, la información sobre los métodos preventivos debe ser coherente. El adolescente necesita garantías de que su conducta sexual segura (que implica ciertos costes inmediatos, mientras que los beneficios son a largo plazo) le va a proporcionar las consecuencias positivas deseadas. En ocasiones, los mensajes que recibe el sujeto son contradictorios. Por ejemplo, por un lado aparecen eslóganes que animan a usar siempre el preservativo, mientras que por otro lado surgen voces poniendo en duda la eficacia del profiláctico para evitar la transmisión del VIH. Una información incompleta, errónea o contradictoria puede hacer que la persona se perciba como incompetente para prevenir de forma eficaz el contacto con el virus.

Variable actitudinales.

Las actitudes no garantizan la realización final de una conducta, pero sí predicen una mayor probabilidad de aparición. Así, el hecho de que un adolescente decida mantener únicamente relaciones sexuales seguras, no es garantía de que finalmente se comporte así. En cualquier caso, los datos de la investigación en este campo indican que aunque la intención no es suficiente, sí es necesaria.

Diversos estudios entre ellos el expuesto por Orbell (1999), se establece que la intención de mantener abstinencia sexual correlaciona negativamente con el número de experiencias sexuales. Por otro lado, la intención de usar preservativo en un futuro contacto sexual correlaciona positivamente con su uso.

Variables conductuales.

Consumo de alcohol y otras drogas.

El consumo de drogas puede provocar una disminución en la percepción del riesgo, una sobrevaloración de las propias capacidades y un sentimiento de invulnerabilidad.

En algunos estudios como los propuestos por O'Hara (como se citó en Cabrera 2012, p.14), se ha hallado que hasta el 86 % de los sujetos habían mantenido relaciones sexuales sin protección, estaban bajo los efectos del alcohol y con respecto al consumo de otras sustancias, casi un tercio realizó conductas de riesgo después de consumir marihuana. Existe una relación progresiva entre el consumo de alcohol y las conductas de riesgo: los adolescentes que beben con más frecuencia tienen más relaciones sexuales sin protección.

Variedad de parejas.

Es la relación positiva entre el riesgo de infectarse con el virus del sida y el número de compañeros sexuales. Sin embargo, limitar el número de parejas sexuales, o tener solamente una, no garantiza estar protegido frente al VIH, a menos que al inicio de la relación ambos sean seronegativos y se mantengan fieles a su pareja.

Deben darse las dos condiciones para garantizar que en una pareja estable no existe posibilidad de contraer el VIH u otras ITS. La monogamia serial, o el mantenimiento de varias relaciones estables y fieles sucesivamente, no suponen ninguna garantía de protección frente al sida (Espada, Quiles y Méndez, 2003).

Utilización adecuada del preservativo.

El correcto uso del preservativo determina su eficacia como barrera frente al VIH. El reducido margen de fallo de este método anticonceptivo se debe en gran medida a su utilización inadecuada. La habilidad de emplear de forma correcta el preservativo de látex se puede aprender fácilmente, observando y practicando con prótesis, sin embargo, es determinante el acceso de información acerca de este tipo de método preventivo.

Habilidad para solicitar sexo seguro a la pareja.

Consiste en la capacidad para plantear eficazmente el uso de preservativo o realizar sexo seguro, y mantener a la vez una relación positiva con la pareja. Según se ha observado, no existen diferencias entre chicas y chicos en las habilidades de negociación sexual (Rotheram-Borus, 1999).

Asertividad ante las situaciones de sexo no seguro.

Se trata de la habilidad de decir "no" en caso de que la pareja ejerza presión para mantener una relación sin protección. Esta conducta es más improbable en el caso de los chicos (Murphy et al. 1998).

Acceso a métodos de prevención.

La accesibilidad supone la existencia de medios (informativos o materiales) en el entorno próximo del adolescente y que su disponibilidad sea sencilla. En el caso del preservativo, en la medida que pueda adquirirse en más lugares, y que su compra no suponga una barrera para el joven, será más probable que finalmente lo adquiera.

Otras variables.

Diferencias de género.

No se puede considerar en sí misma una variable determinante, se han estudiado las diferencias entre chicos y chicas adolescentes distintos aspectos relacionados con las prácticas sexuales de riesgo. Por ejemplo, se ha encontrado que las chicas se consideran más competentes para mantener sexo seguro que los varones. De igual modo, en las sesiones de representación de papeles, se observa que las chicas tienen más facilidad para decir "no" a las relaciones sexuales de riesgo que los chicos (Murphy, 1998). Entre los adolescentes vírgenes, los chicos se muestran más abiertos que las chicas a la posibilidad de que surja una relación sexual. Quizá por esa razón, es también más usual que ellos lleven a mano un preservativo (Mitchell y Wellings, 1998).

Creencias religiosas.

Según Zaleski y Schiaffino (2000), encuentran relación negativa entre las creencias religiosas, la frecuencia de relaciones sexuales y el uso de preservativos. Según estos autores, las creencias religiosas pueden retrasar la actividad sexual en los adolescentes,

lo cual sería positivo para evitar riesgos de enfermedades, pero en cambio no servirían para proteger a los estudiantes que ya son sexualmente activos y que no emplean preservativo.

Consecuencias de la conducta sexual de riesgo durante la adolescencia

Como ya se ha teorizado con anterioridad, factores de carácter actitudinal, cognitivo y conductual, están presentes en las creencias y pensamientos que impulsan a los adolescentes a llevarlas a cabo y de esta forma sea considerada como una conducta sexual de riesgo, a continuación se describirán las principales consecuencias.

El sida y otras infecciones de transmisión sexual.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA).

Por su gravedad se la define primero, pues constituye el principal riesgo presente en los adolescentes, es una enfermedad infecciosa, causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que se transmite por vía sexual, a través de la sangre o de la madre al feto, y que hace disminuir las defensas naturales del organismo hasta llegar a su completa desaparición.

Infecciones de transmisión sexual.

Infección por clamidia.

Esta infección es ahora la más común de todas las de todas las enfermedades de transmisión sexual, es bacteriana y causa una secreción genital anormal y ardor al orinar.

En las mujeres, la infección por clamidia no tratada puede llevar a complicaciones como la enfermedad inflamatoria pélvica, una de las causas más comunes que provocaría la infertilidad.

Herpes genital.

La infección por herpes es causada por el virus del herpes simplex (VHS). Los síntomas principales de una infección por herpes son ampollas dolorosas en el área genital. Estas pueden provocar una sensación de comezón o picor en las piernas, nalgas

o región genital. Las ampollas del herpes generalmente desaparecen en dos o tres semanas, pero el virus permanece en el cuerpo por vida y las lesiones pueden reaparecer con el tiempo. Algunos casos recurrentes o severos de herpes genital pueden ser tratados con drogas antivirales que requieren prescripción médica.

Verrugas genitales.

Las verrugas genitales (también llamadas verrugas venéreas) son causadas por el virus del papiloma humano o VPH, un virus muy relacionado al virus que causa las verrugas en la piel.

Las verrugas genitales generalmente aparecen como protuberancias duras que no provocan dolor en el área genital, pene o alrededor del ano. Si no se tratan, pueden crecer y desarrollar una apariencia como de coliflor y pueden causar el cáncer cervical y otros cánceres cervicales.

Gonorrea.

Los síntomas más importantes de la gonorrea son una secreción de la vagina o pene y dolor o dificultad al orinar. Las complicaciones más serias y comunes de la gonorrea generalmente ocurren en las mujeres. Estas complicaciones incluyen la enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico e infertilidad.

Sífilis.

Los primeros síntomas de la sífilis pueden no ser detectados debido a que son muy leves y desaparecen. Lo primero que aparece es una lesión llamada “chancro”. Esta lesión no produce dolor y es como una llaga en el pene o en la vagina o alrededor de la vagina. También puede ocurrir cerca de la boca, ano o manos. Si la sífilis no se trata, puede avanzar a etapas más avanzadas incluyendo una erupción o rash y eventualmente complicaciones del corazón y sistema nervioso central. La penicilina sigue siendo el tratamiento más efectivo para tratar la sífilis.

Embarazo no deseado durante la adolescencia.

El embarazo durante la adolescencia constituye una serie de consecuencias orgánicas tanto para la madre como para su hijo(a), además de psicológicas y socioeconómicas,

también provocaría un retraso o estancamiento en sus estudios, afectando completamente su desarrollo normal.

Consecuencias del embarazo adolescente.

El inicio precoz de las relaciones sexuales es alarmante al igual que el embarazo no deseado en adolescentes; lo que ha implicado que en este grupo etario se presenten una serie de consecuencias. Tradicionalmente se considera que un embarazo precoz tenia para la adolescente solo consecuencias orgánicas, sin embargo desde el momento en que sabe que está embarazada y debe tomar una decisión, abortar o finalizar su embarazo, está expuesta a importantes consecuencias psicológicas, sociales, económicas, educativa y laborales que pueden durar varios años después del embarazo. Las consecuencias pueden ser:

Para la madre.

Se completan desde el conocimiento del embarazo y se lo divide en algunas partes:

Consecuencias iniciales (Confirmación del embarazo): Cuando la adolescente conoce que está embarazada se enfrenta a un gran impacto psicológico, poniéndose de manifiesto el miedo, el estrés, ansiedad y múltiples dudas; cómo actuar ante tal situación, como reaccionara su pareja, sus padres y cómo será su futuro en adelante. Siendo así que la adolescente no dispone de estrategias adecuadas de afrontamiento y resolución de este tipo de problemas.

Consecuencias a corto y mediano plazo: Son los efectos del embarazo desde la fecundación hasta la concepción o aborto.

Continuar el embarazo.- Al decidir continuar con el embarazo, puede estar expuesta a varias consecuencias tales como: consecuencias orgánicas, psicológicas, sociales, económicas y educativas, grandes posibilidades de enfrentar un nuevo embarazo.

Consecuencias orgánicas.- Durante la gestación, el parto y el posparto pueden afectar a la madre y al hijo, siendo así considerados por la OMS como embarazos de alto riesgo. Dentro de las consecuencias orgánicas pueden nombrarse la desnutrición

materna que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, otro riesgo es la ganancia insuficiente de peso durante el embarazo. Muchos autores consideran que la anemia y el síndrome hipertensivo son comunes en las gestantes adolescentes. Además las adolescentes embarazadas tienen más probabilidades de tener un aborto espontáneo o inducido, consecuencia generalmente de un embarazo no deseado.

Consecuencias psicológicas.- La madre adolescente a más de asumir los roles de un adulto, específicamente la maternidad, para los cuales psicológicamente no está preparada por seguir siendo una niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto en la primera adolescencia o imaginar un matrimonio son grandes pasos los cuales provocan frustración en sus expectativas de futuro. Algunos autores afirman que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un "síndrome de fracaso", ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, terminar su educación, establecer una vocación y conseguir ser independiente.

Esta situación tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas madres y la mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión e incluso suicidios, todos ellos problemas frecuentes entre las adolescentes embarazadas. Sin embargo, no se asegura que estos problemas psicológicos sean consecuencia del embarazo, tal vez sean causas o causas y consecuencias a la vez.

Consecuencias educativas, socio-económicas.- La deserción escolar es una de las principales complicaciones sociales, en algunos estudios las adolescentes atribuyen que la vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo como el parto prematuro y la preeclampsia son las razones que no les permiten continuar con sus estudios. Como también las posibilidades de conseguir una buena formación se ven disminuidas por la existencia de los problemas escolares, bajo rendimiento académico, dificultad para la inserción en el mundo laboral, reduce las posibilidades de conseguir ingresos suficientes, acarreando con ello consecuencias socio-económicas.

Las consecuencias socio-económicas, al decidir quedarse con su hijo las responsabilidades parenterales, su bajo nivel de formación y su escasa experiencia laboral hacen más fácil que no encuentre un trabajo tornándose su situación económica

precaria. Además, la situación de ser madre adolescente puede ocasionar problemas de rechazo social: por su pareja, amigos, vecinos o familiares. En casos extremos es rechazada por sus propios padres; privándola de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo social en ocasiones, también económico.

La maternidad temprana trae más efectos económicos que sociales afectando principalmente a las madres pobres, lo que arraiga la pobreza de las mujeres de bajos ingresos y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes "engendran" madres adolescentes).

Finalizar el embarazo (aborto).- Se considera que entre la cuarta parte y la mitad de estos embarazos terminan de este modo. Dado que los abortos adolescentes suelen ser tardíos, clandestinos y vividos en soledad, las consecuencias orgánicas están presentes como: perforaciones uterinas, hemorragias, infecciones e incluso la propia muerte, encontrándose también efectos a largo plazo sobre la fertilidad futura.

La decisión de abortar muchas de las veces es tomada a presión para evitar el rechazo social, sin que exista un verdadero convencimiento, por lo que a nivel psicológico es frecuente que la adolescente experimente sentimientos de tristeza, pérdida, culpabilidad y en ocasiones de arrepentimiento. Socialmente puede darse rechazo en caso que el hecho llegue a ser conocido, inclusive enfrentar problemas legales en países donde el aborto es prohibido total o parcialmente por la ley.

Consecuencias a largo plazo.- Los factores que modulan las consecuencias a largo plazo de un embarazo no deseado son la seguridad económica y el nivel de educación de educación de los padres de la adolescente, el nivel educativo y las aspiraciones de a joven madre y el grado en el que esta está dispuesta a controlar rápidamente la fertilidad subsiguiente.

Para el niño.

Se ha presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente del cierre del tubo neural en adolescentes menores de 15 años. Un embarazo con un período intergenésico menor a cinco años entre la menarquia y el parto también es considerado factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. Entre otras

consecuencias del recién nacido están bajo peso al nacer, prematurez, problema de desarrollo, retraso metal, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral, mayor riesgo de maltrato, abandono físico y emocional y repercusiones en el desarrollo psico emocional. Además, afecta negativamente el futuro del niño el bajo estatus socio-económico y el bajo nivel educacional de la madre, los cuales ejercen efectos adversos en las oportunidades para el óptimo crecimiento y desarrollo adecuados para el niño.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES

La evaluación diagnóstica se desprende de la evaluación psicológica por ello es importante revisar su definición, para Ballesteros (como se citó en Mikulic, s.f) es:

> Aquella disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y el análisis del comportamiento (a los niveles de complejidad que se estime oportunos) de un sujeto humano o grupo especificado de sujetos con distintos objetivos básicos o aplicados (descripción, diagnóstico, selección, predicción, explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se encardinan la aplicación de una serie de dispositivos, tests y técnicas de medida y/o evaluación. (p. 11)

Cuestionario para diagnosticar los conocimientos de los padres sobre educación sexual de los adolescentes.

Las conductas sexuales de riesgo en adolescentes es producto de un limitado conocimiento sobre sexualidad, por lo tanto para diagnosticar los conocimientos que tienen los padres sobre temas de sexualidad no existe un instrumento perfectamente estandarizado que permita determinar los conocimientos y habilidades de los padres para educar a sus hijos y con ello prevenir conductas que se categorizarían como predictores de riesgo en el ejercicio de la sexualidad, sin embargo, realizando una investigación exhaustiva, se encontró un cuestionario que cumple con el parámetro de validez y confiabilidad psicométrica, a fin que puedan ser medibles y ser objeto de una correlación y determinar la eficacia de la propuesta de intervención al finalizar su aplicación, por ello se seleccionó el siguiente cuestionario:

Cuestionario de educación sexual familiar, del Dr. Leonardo Romero.

El cuestionario fue elaborado por Leonardo Romero y mide la amplitud de información que manejan los adolescentes sobre educación sexual provenientes de los padres, existiendo preguntas específicas en las cuales se manifiestan sus conductas sexuales en el ejercicio de la misma, permitiendo conocer si podrían ser consideradas como de riesgo. En este cuestionario se presentan preguntas que permiten observar si la educación sexual familiar fue con amplitud, más o menos, poco o si nunca se brindó información pertinente.

Con los resultados del diagnóstico se pretende proponer una intervención psicoeducativa para mejorar conocimientos sobre sexualidad y prevenir riesgos en la salud física y mental

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Según Rodríguez (como se citó en Ambriz, 2009), expresa: "La propuesta de intervención es un conjunto de acciones sistemáticas, planificadas, basadas en necesidades identificadas y orientada a unas metas, como respuesta a esas necesidades, con una teoría que lo sustente". (p.3)

Entonces se entiende a la propuesta de intervención como aquellas acciones organizadas que sean factibles y aplicables para realizar una mejora o resolver una problemática grupal, social o institucional.

Para la presente tesis, la propuesta de intervención consistió en un Programa de Educación Sexual Familiar, por lo que es necesario regirse por el modelo de programas.

Modelo de programas.

Este modelo de acuerdo a Repetto (como se citó en Sanchiz 2009), manifiesta que:

> Entiende por programa a toda actividad preventiva, evolutiva, educativa o remedial que teoréticamente fundamentada, planificada de modo sistemático y aplicada por un conjunto de profesionales de modo colaborativo, pretende lograr determinados objetivos en respuesta a las necesidades detectadas en un grupo dentro de un contexto educativo, comunitario, familiar o empresarial. (p. 92)

Además es entendido como una acción continuada, previamente planificada, encaminada a lograr unos objetivos, con la finalidad de satisfacer necesidades y desarrollar o potenciar determinadas competencias. (Álvarez, Riart, Martínez y Bisquerra, 1998).

Todo programa, por tanto, implica una actividad planificada, la cual debe encontrar su fundamento en las teorías previamente desarrolladas. Además, la aplicación del programa supone una actuación común, colaborativa y abierta a diversos contextos, donde la finalidad es dar respuesta a unas necesidades previamente detectadas. Los siguientes elementos son imprescindibles en todo programa:

- Ha de basarse en la identificación de unas necesidades.
- Ha de dirigirse al logro de unos objetivos para cubrir las necesidades detectadas.
- La actividad se ha de planificarse previamente.
- La actividad ha de ser evaluada.

Fases del modelo de programas.

Las fases del modelo de programas han sido abordado por diferentes autores, pero, particularmente Rodríguez (como se citó en Sanchiz, 2009), ofrece su modelo de fases del programa, que resultó adecuado para el presente trabajo de investigación.

El modelo sugiere empezar por realizar un análisis del contexto y detección de necesidades, después construir una fundamentación teórica, posteriormente elaborar un plan de actuación y objetivos. También se establecen los contenidos a trabar con su respectiva propuesta metodológica, luego se debe tomar en cuenta los recursos necesarios como: materiales, infraestructura, tiempo y presupuesto.

Finalmente el programa se sometió a una evaluación con el fin de conocer los siguientes parámetros: costes-beneficios-efectividad. Adicionalmente se recomienda una toma de decisiones respecto al mantenimiento, supresión, o modificación del programa.

Además se siguió los lineamientos del modelo de riesgos, el mismo que se detalla a continuación.

Modelo de riesgos.

También llamado modelo preventivo o médico, surge como una necesidad social para evitar los riesgos derivados de la actividad sexual. Se basa en un modelo clínico-médico o higienista, que entiende la salud como la mera ausencia de enfermedad. Según Lameiras y Carrera (2009), señalan que:

> Este modelo indica que la intervención se realiza para evitar enfermedades, detectarlas y curarlas. No tiene cabida una educación sexual para mejorar el bienestar interpersonal y la calidad de vida de las personas. Siendo sus principales objetivos evitar los problemas de la salud derivados de la actividad sexual y sus consecuencias. (p.44)

Por lo tanto en cuanto a las conductas sexuales de riesgo, este modelo actúa en base a demandas sociales o problemas específicos que puede presentar un sector de la población.

Programa de educación sexual familiar.

El presente programa está dedicado exclusivamente a cubrir las necesidades de información de los padres con respecto a la prevención las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, es importante satisfacer el vacío cognitivos acerca del tema.

El inicio de la adolescencia coincide con la aparición de la pubertad y todos los cambios relacionados tanto emocionales, cognitivos y fisiológicos, que interactúan entre sí para formar un sistema de valores que será muy evidente en el ejercicio de su sexualidad. A continuación Lameiras y Carrera (2009) realizan un trabajo recopilatorio con respecto a los objetivos específicos y contenidos con respecto a una educación sexual en esta etapa vital:

1.- Favorecer el desarrollo de la identidad corporal.- Los contenidos teóricos se relacionarían con brindar información acerca de:

- Cuerpo sexuado (órganos sexuales internos y externos).
- Intersexualidad.
- Funcionamiento de los órganos sexuales.

- Cambios fisiológicos, psicológicos y sociales de la pubertad,
- Imagen corporal.
- Modelos imperantes de belleza.

2.- Favorecer el desarrollo de identidad sexual y de género.- se considera abarcar los siguientes temas:

- Identidad sexual.
- Riqueza de la dimensión sexual humana.
- Estereotipos y roles de género.
- Diversidad de la identidad sexual.
- Influencia cultural y diversidad sexual.
- Respeto, tolerancia e igualdad.

3.- Fomentar el desarrollo de la valoración personal.- Cubriendo aspectos relacionados con:

- Autoestima y valoración personal.
- Respeto y valoración de las demás personas.

4.- Potenciar el desarrollo de las relaciones interpersonales.- En este objetivo los temas implicados serían:

- Necesidades interpersonales: familia, amistades o relaciones de pareja.
- Características definitorias de la familia.
- Características definitorias de la amistad.
- Importancia de reconocer y valorar los diferentes tipos de familias.
- Importancia de la amistad.
- Diferencias entre compañerismo y amistad.
- Características definitorias del enamoramiento y del amor.
- Mitos de las relaciones amorosas.
- Deseos y atracción: características definitorias y diferencias.
- Habilidades sociales.

5.- Conocer y valorar la diversidad de la conducta sexual.- Los aspectos teóricos de estudio comprenderían:

- Sexualidad.
- Funciones de la sexualidad.
- Características de la sexualidad desde la infancia hasta la vejez.
- Riqueza de la dimensión sexual humana.
- Las diferentes conductas sexuales.
- Carácter construido de la sexualidad.
- Diferencia entre conducta sexual y orientación sexual.
- Tolerancia y respeto a la diferencia.
- Fases de la respuesta sexual humana.
- Mitos de la respuesta sexual humana.

6.- Favorecer la salud sexual.- Este objetivo presenta una relación directa con respecto a la propuesta que se desea llevar a cabo, pues comprendería temas acerca de:

- Sexualidad y calidad de vida.
- Salud sexual. Riqueza de la dimensión sexual humana.
- Conducta sexual de riesgo.
- Embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y sida.
- Métodos anticonceptivos y preventivos.
- Habilidades de manejo de los manejos anticonceptivos y preventivos.
- Derechos sexuales.
- Uso comercial de la sexualidad: pornografía, reclamo comercial, etc.
- Aborto.
- Abuso sexual. Acoso, agresión y violación sexual.

Todos estos objetivos y los respectivos contenidos fueron orientados para brindar información oportuna fortaleciendo los conocimientos que posean los padres de familia con respecto a la sexualidad en la adolescencia, previniendo las prácticas de conductas sexuales de riesgo en sus hijos/as.

APLICACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

El programa de educación sexual dirigido a padres tuvo como objetivo principal el de prevenir conductas sexuales de riesgo, para ello se difundirá información acerca conductas sexuales en los adolescentes y sus consecuencias, promoviendo y generando información en los padres de familia, y el desarrollo de la comunicación en este tema, para que ellos a su vez sean actores principales en las decisiones que tomen sus hijos en el ejercicio de su sexualidad.

El programa fue ejecutado a través de talleres, para Betancourt, Guevara y Fuentes, (2011), el taller combina actividades tales como trabajo de grupo, sesiones generales, elaboración y presentación de actas e informes, organización y ejecución de trabajos en comisiones, investigaciones y preparación de documentos. Entre las ventajas del taller se encuentran las de desarrollar el juicio y la habilidad mental para comprender procesos, determinar causas y escoger soluciones prácticas. Estimula el trabajo cooperativo, prepara para el trabajo en grupo y ejercita la actividad creadora y la iniciativa. Exige trabajar con grupos pequeños, aunque conlleva a ser manejado por uno o dos líderes, por lo cual se debe manejar con propiedad técnica y poseer conocimientos adecuados sobre la materia a tratar. Adicionalmente, Medina (citado por Muñoz et al. 2009), expresa: “El término taller ha tomado en los últimos tiempos una asignación especial y variada en el desarrollo de la actividad educativa y en particular en el quehacer pedagógico” (p. 47).

Los talleres ejecutados se fundamentaron en los siguientes contenidos:

- Salud sexual y riqueza de la dimensión sexual humana.
- Diferencia entre conducta sexual y orientación sexual.
- Conducta sexual de riesgo.
- Embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y sida.
- Métodos anticonceptivos y preventivos.

La propuesta denominada programa de educación sexual familiar se encuentra detallada luego de las recomendaciones.

VALORACIÓN DE LA PROPUESTA ALTERNATIVA

Para valorar el impacto del presente programa se trabajará con el coeficiente de correlación lineal de Frank Pearson y de esta forma verificar si la alternativa de intervención cumple con los objetivos propuestos.

Definición de pre-test

Según Fernández (2000) son: "Las medidas u observaciones se recogen antes de aplicar el tratamiento" (p. 489). Es la información que se obtiene al aplicar por primera vez el instrumento de medida (test, encuesta o cuestionario).

Definición de pos-test

Según Fernández (2000), establece que son: "Las medidas se recogen después de aplicar el tratamiento" (p. 489). Adicionalmente Lameiras y Carrera (2009), nos indican su posicionamiento, con respecto a la evaluación postest, determinan que una vez terminado el programa debe administrarse nuevamente la batería de instrumentos que se aplicaron en la evaluación inicial para establecer el impacto del programa y la consecución de los objetivos del mismo.

Coeficiente de correlación lineal de Frank Pearson (r)

Para demostrar estadísticamente la eficacia la efectividad del programa de educación sexual, se realizó por medio del coeficiente de correlación lineal de Frank Pearson (r). Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), lo definen como "una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón". (p.311).

El análisis estadístico de los resultados de la propuesta de intervención se lo hizo a través del Método estadístico del Coeficiente de Correlación Lineal r de Pearson, el mismo que, es un índice estadístico que mide la relación lineal entre dos variables cuantitativas. El coeficiente de correlación de Pearson (r) se mide en una escala de 0 a 1, tanto en dirección positiva como negativa. Un valor de "0" indica que no hay relación lineal entre las variables. Un valor de "1" o "-1" indica, respectivamente, una

correlación positiva perfecta o negativa perfecta entre dos variables. Normalmente, el valor se ubicará en alguna parte entre 0 y 1 o entre 0 y -1.

Valores numéricos como -1,00, -0.95, -0.50, -0.10 indican una correlación negativa, en tanto que valores positivos como – 1,00, 0.95, + 0.50, +0.10, indican una correlación positiva. Con respecto al grado de asociación, mientras más cerca de 1,00 en una u otra dirección mayor es la fuerza de la relación (Borda, 2009)

El coeficiente de correlación de Pearson se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en una muestra en dos variables. Se relacionan las puntuaciones recolectadas de una variable con las puntuaciones obtenidas de la otra con los mismos participantes o casos. La fórmula es la siguiente:

$$r(x,y) = \frac{N\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N\sum x^2 - (\sum x)^2]\,[N\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

En donde:

N= Tamaño de la población

Σ= Sumatoria

X = Pre-prueba

Y= Post-prueba

Interpretación: el coeficiente r de Pearson puede variar de -1.00 a + 1.00, donde:

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada

0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Fuente: Suarez (2011). *Coeficiente de correlación de Karl Pearson*

e. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

El estudio fue descriptivo y según Sabino (como se citó en Ochoa, 2013) señala: "Es cuando se busca principalmente describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando para ello ciertos criterios sistemáticos con el fin de destacar los elementos esenciales de su naturaleza" (p.100).

Es de corte trasversal, porque se dio en un tiempo y un espacio determinado. Y correlacional porque se utilizó el coeficiente de correlación lineal de Pearson para evaluar el grado de correlación entre las dos variables.

Diseño de Investigación.

El diseño para esta investigación fue de tipo cuasiexperimental. Según Nieto y Rodríguez (2010) explican que:

> La metodología cuasiexperimental se llevó a cabo en una situación real o de campo, donde una o más variables independientes son manipuladas por el investigador en condiciones controladas sólo hasta donde permita la situación. En general la metodología cuasiexperimental pretende explicar relaciones de casualidad comprobando grupos de datos procedentes de situaciones provocadas por el investigador pero que carecen de un control completo (p. 116).

Se realizó el proceso pretest – intervención – postest en donde a los adolescentes se les aplicó un cuestionario y de esta forma manifestaron su percepción sobre las conductas de riesgo en el ejercicio de su sexualidad.

Métodos

Los métodos que sirvieron para la presente investigación fueron:

El método científico.- Según Méndez (2011) lo define como un "procedimiento riguroso formulado de manera lógica para lograr la adquisición, organización, satisfacción o sistematización y expresión o exposición de conocimientos, tanto en su aspecto teórico como en su fase experimental". (p. 237)

Es método es la base de la investigación, que inició con la observación de la realidad en la institución educativa, la descripción del objeto de estudio, y la búsqueda de alternativa de solución, desarrollando este programa de intervención con la formulación del problema y explicado mediante el sustento científico del marco teórico que orientan la temática propuesta.

El método deductivo.- Para Muñoz (2011), establece que:

> Deducción es el proceso de razonamiento que parte de un marco general (el cual sirve de referencia), y va hacia lo particular. Es un método que se utiliza para inferir de lo general a lo específico, de lo universal a lo particular. El razonamiento deductivo es el que permite inferir los hechos con base en leyes generales, premisas o teorías de aplicación universal para llegar a conclusiones particulares. (p. 216)

Este método ayudó a determinar los situaciones problemáticas en este caso conductas sexuales inapropiadas de los estudiantes y a partir de esto formular temáticas específicas en el ámbito de la sexualidad humana que permitan solventar carencias de información.

El método inductivo.- Es necesario detallar la definición expuesta por Méndez (2011) señalando que "es el proceso de conocimiento que inicia con la observación de fenómenos particulares con el propósito de llegar a conclusiones y premisa generales que se pueden aplicar a situaciones similares a la observada. (p. 236)

Mediante este método se abordó la importancia de la educación sexual con el objeto de analizar las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes y prevenir consecuencias en la salud sexual y reproductiva.

El método analítico.- Para Descartes (2003), toma por punto de partido el conocimiento buscado, y retrocede, suponiendo órdenes de dependencia, en los que ese conocimiento está incluido, hasta lograr la conexión con cadenas deductivas que son ya conocidas y evidentes (s.p.)

Fue fundamental en la descripción de las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes así como la explicación de su origen en las que constan variables actitudinales cognitivas y conductuales que lo determinan.

El método sintético.- Para Bernal (2006, p. 56), consiste en integrar los componentes dispersos de un objeto de estudio, para estudiarlos en su totalidad.

Sirvió para analizar y resumir de forma breve y metódica los elementos teóricos de las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes, para tener una comprensión total y de cada una de las partes y particularidades que lo constituyen, permitiendo llegar a conclusiones pertinentes a los objetivos investigados.

El método subjetivo.- Para Muñoz (2011), en este método, se observan los hechos y fenómenos sólo desde un punto de vista subjetivo, individual y con un enfoque particular. De esta forma, se llega a una conclusión que se acepta o rechaza por medio del razonamiento y la interpretación subjetiva.

De gran importancia, en vista que permitió desarrollar nuestro razonamiento con respecto al origen del problema, buscando alternativas que expliquen la práctica de conductas sexuales no seguras en los adolescentes.

El método histórico.- Según explica Langlois y Seignobos (2009) es el "utilizado para construir la historia. Sirve para determinar científicamente los hechos históricos, luego para agruparlos en un sistema científico" (p.29).

Este método ayudó en la localización y recopilación de las fuentes documentales y su respectiva interpretación y crítica desde el pasado hasta la actualidad en relación a las conductas sexuales no seguras que son practicadas en la adolescencia.

El método descriptivo.- Este método permitió la descripción de los hechos presentes en el fenómeno investigado. Se utilizó en la consulta de libros, revistas y artículos científicos, internet y otros referentes bibliográficos, los cuales fundamentan la elaboración del marco teórico que explica modelos y variables que originan las practica de conductas sexuales de riesgo.

El método lógico.- Según Fernández (2009) lo define como conjunto de reglas o medios que se han de seguir o emplear para redescubrir la verdad o para que la demuestre el investigador. Son comunes en todas las disciplinas en las que se tenga que ver con el saber. Tiene su aplicación en el campo de la Lógica (deductivo), en la ciencia (inductivo). En el presente trabajo de titulación este método estuvo presente desde el

inicio al desarrollar un proceso sistematizado y ordenado con el fin de llegar a los objetivos propuestos.

Además de acuerdo a los objetivos propuestos en el presente proyecto, se toman en consideración otros métodos tales como:

El método comprensivo.- Relacionado con el primer objetivo (marco teórico), este método se lo utilizó para teorizar científicamente la las conductas sexuales de riesgo, y sus componentes como la explicación de las conductas de riesgo desde el punto de vista de diferentes autores, así como las variables actitudinales, cognitivas y conductuales que están presentes en el ejercicio de la sexualidad de los adolescentes, además de las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo en la salud, y finalmente la forma de prevenirlos.

El método de diagnóstico.- Relacionado el segundo objetivo (diagnóstico),que permitió obtener información específica, acerca de la percepción de las conductas sexuales de los adolescencia para posteriormente organizarla y así conocer si están en un nivel que puedan provocar un riesgo, y traerles consecuencias en sus vidas.

El método de modelación.- Relacionado con el tercer y cuarto objetivo (correspondiente al diseño y aplicación de la propuesta de intervención), este método sirvió para el diseño y aplicación de la propuesta alternativa de intervención y para poder explicar la realidad basado en un referente teórico, que permita prevenir las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes.

El método estadístico de Correlación lineal de la r de Pearson.-Relacionado con el quinto objetivo (evaluación de la propuesta de intervención).- Permitió evaluar la efectividad del programa de educación sexual para prevenir conductas de riesgo en el ejercicio de la sexualidad, mediante la correlación de los resultados del pre-test y post-test.

Diagnóstico:

Para la presente investigación se tomó como instrumento de diagnóstico el cuestionario de análisis de la educación sexual familiar. El cuestionario fue elaborado

por el Dr. Leonardo Romero, y mide la amplitud de información que manejan los adolescentes sobre educación sexual.

Consta de 47 preguntas tipo Likert, su rango de valoración va desde (1) que equivale a nunca, (2) que es igual poco, (3) que equivale a más o menos y (4) con equivalencia a que el tema lo maneja, la estimación de los cuatro aspectos sobre sexualidad se los resume a continuación:

- Maneja conocimientos de educación sexual con amplitud
- Le ha impartido cierta información y tiene más o menos conocimientos al respecto de educación sexual.
- Tiene pocos conocimientos de educación sexual.
- Nunca le han impartido información sobre educación sexual.

Tabla de valores

160 – 104	Con amplitud (4)
103 – 84	Más o menos (3)
83 – 74	Poco (2)
73 – 70	Nunca (1)

Este cuestionario se aplicó a estudiantes para conocer los conocimientos de educación sexual que han alcanzado durante su formación.

Adicionalmente, se elaboró un cuestionario que determino los riesgos en el ejercicio de la sexualidad por desconocimiento, el mismo que ayudó a verificar las falencias que ya se evidenciaron en el diagnóstico.

Pre y pos test:

Se utilizó el mismo cuestionario (análisis de la educación sexual familiar), pero aplicado a padres de familia, en las que se agrupo las preguntas para mejorar comprensión y explicación de las mismas, es decir, dirigidas a los padres y madres de los adolescentes.

Además, para clarificar la valoración de los temas de la sexualidad descritos en el cuestionario, se agrupo las preguntas en nueve aspectos, considerando que está categorización ya se la ha realizado anteriormente en una investigación reciente.

Los aspectos y las preguntas que se encuentran dentro de ellos son:

Aspectos en el ámbito de la sexualidad	Preguntas
1. Anatomía y funcionalidad de los genitales	1,2,3,21,34
2. Relaciones sexuales	4,5,6,7,8,25,47
3. Fecundación y embarazo responsable	9,15,35,41,42
4. Abuso sexual	10,11,12
5. Métodos anticonceptivos	18,27,28,29,30,31,32,38,43,45
6. Igualdad de género	13,14,16,17,26,33
7. Orientación sexual	19,20,22
8. Amor y responsabilidad	23,24,36,37,39,40
9. Masturbación	44,46

Se mantiene la misma tabla de valores.

Procedimiento de la ejecución de la propuesta alternativa de intervención:

La ejecución de la propuesta alternativa de intervención se llevó a cabo mediante tres sesiones de campo y 7 talleres.

Primera sesión.- Se inició mediante la solicitud verbal y escrita a las autoridades de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío N°2", mediante una carta de compromiso, solicitando el consentimiento para aplicar los instrumentos que validan el proyecto de investigación y ejecutar la propuesta alternativa de intervención.

Segunda sesión.- Se basó en seleccionar la muestra investigada la cual presentaba antecedentes con respecto a las conductas sexuales de riesgo, para posteriormente optar

trabajar con los padres de los estudiantes en vista que constituyen los primeros educadores y formadores.

Tercera sesión.- Se socializó a los padres de familia la problemática que fundamentaba la alternativa de intervención y así poder aplicar el instrumento que evidenció las principales necesidades en relación a las conductas sexuales de riesgo.

Los talleres desarrollados para solventar las necesidades fueron los siguientes:

1.- Sensibilización: Presentación del programa, aplicación del pre-test y ejercicio de sensibilización.
2.- ¿Cómo hablar con mi hijo(a) de sexualidad?
3.- Desarrollo psicosexual.
4.- ¿Qué son las conductas de riesgo en la sexualidad de los adolescentes?
5.- "Consecuencias de las conductas sexuales irresponsables".
6.- ¿Entonces qué hacer con la conducta sexual de los hijos? Protección familiar, individual y social; métodos anticonceptivos.
7.- Cierre: Aplicación del postest, evaluación general y cierre del programa.

Los talleres desarrollados tuvieron una duración de 90 minutos y se los realizó en el horario nocturno. Al finalizar la ejecución de la propuesta de intervención se entregó una certificación que valido la investigación.

Escenario de investigación

La investigación se llevó a cabo en la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2", ubicada en las calles Mercadillo entre Bernardo Valdivieso y Olmedo.

Población

La institución educativa cuenta con de 540 estudiantes matriculados, distribuidos desde el nivel inicial hasta el noveno año de Educación Básica.

Muestra

La muestra escogida son los 25 padres y madres de familia de los adolescentes que cursan el noveno año de Educación Básica paralelos "A" y "B" de la Escuela de

Educación Básica “Miguel Riofrío Nº 2”, justificando su selección por las actitudes inapropiadas que mostraron los estudiantes frente a la sexualidad, resultando en comportamientos que fueron sujetos a sanciones, además por el desconocimiento de los padres para educar a los hijos/as en sexualidad, así como también la limitada capacitación de los docentes sobre educación sexual escolar, por lo que fue imperiosa la intervención tanto a los estudiantes como a los padres de familia.

Procedimiento

La presente investigación inició mediante la solicitud verbal y escrita, dirigida al Lic. Efrén Torres, director de la Escuela de Educación Básica “Miguel Riofrío Nº 2”, a través de una carta de compromiso firmada por la coordinación de la Carrera de Psicología Educativa y Orientación de la Universidad Nacional de Loja, solicitando el permiso para iniciar un proceso de vinculación con los contextos educativos y sus problemáticas y continúo con la elaboración y ejecución del programa de educación sexual para prevenir conductas de riesgo en el ejercicio de la sexualidad de los adolescentes. Posteriormente se seleccionó la muestra, la cual fue elegida por presentar limitados conocimientos sobre sexualidad con manifestaciones de actitudes inapropiadas frente a su sexualidad dentro de la institución, estas fueron observadas en el período en el cual se realizó el proyecto de orientación educativa e intervención psicopedagógica como prácticas pre-profesionales. El programa de educación sexual familiar de intervención estuvo dirigido a los padres y madres de familia siendo ellos los principales responsables de la educación de sus hijos. Para la ejecución de esta propuesta alternativa como vía de solución a la problemática, se estructuraron y desarrollaron talleres como estrategia de aplicación.

Análisis integrador de los resultados obtenidos

Los resultados obtenidos se analizaron utilizando programas de Word y Excel, se utilizó la técnica del ROPAI (recoger los datos, organizar en cuadros, presentar gráficos y el análisis e interpretación), lo que permitió constatar el problema presentado y a partir de esto se elaboró y aplico la propuesta de intervención educativa, la cual fue validada como pertinente a través del modelo correlacional lineal de Pearson, para esto se utilizó el programa Minitab14.12.

f. RESULTADOS

- De diagnóstico

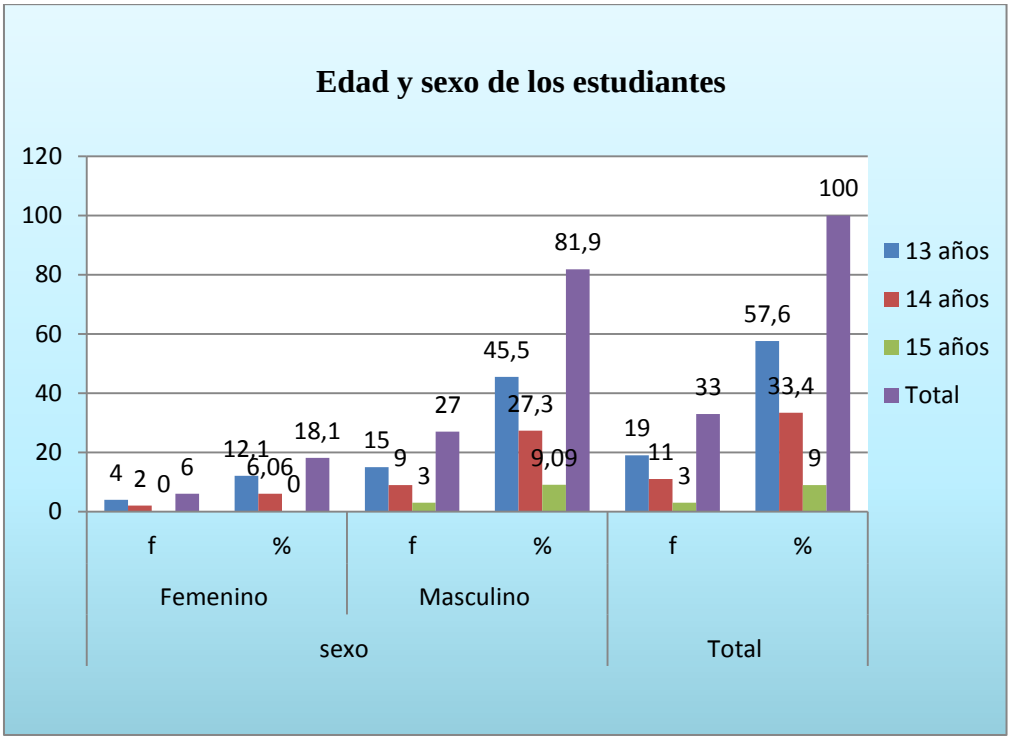
1) Edad y sexo de los estudiantes.

Tabla 1

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	f	%	f	%
13 años	4	12,10	15	45,50	19	57,60
14 años	2	6,06	9	27.30	11	33,40
15 años	0	0.00	3	9,09	3	9,00
Total	**6**	**18,10**	**27**	**81.90**	**33**	**100**

Fuente: Datos del cuestionario de análisis de la educación sexual familiar del Dr. Leonardo Romero, aplicado a los estudiantes de los novenos años paralelos "A" y "B" de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2", de Loja, 2015.
Elaborado: Carlos Damián Muñoz León.

Gráfica 1



Análisis

De los adolescentes con quienes se trabajó en el proceso de investigación el, 18,1% pertenecen al sexo femenino y el 81,9 % pertenecen al sexo masculino; las edades oscilan entre 13 y 15 años de edad, de 13 con el 57,6 % de 14 con el 33,4 % y de 15 con el 9,0 %.

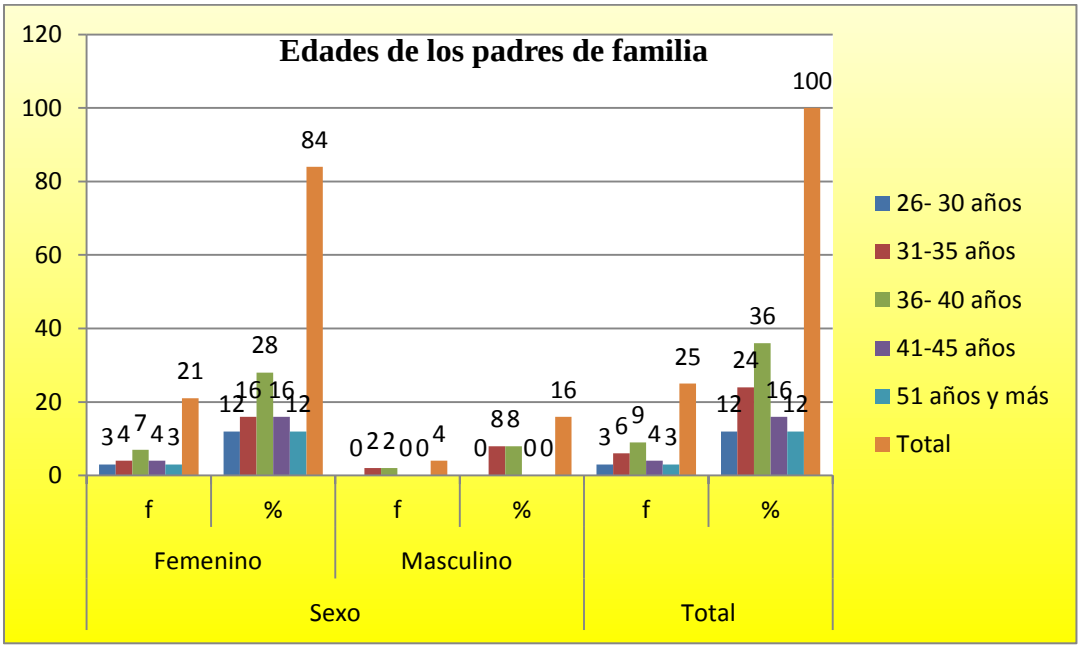
2) Edad y sexo de los padres de familia o representantes legales.

Tabla 2

Edad	**Sexo**				**Total**	
	Femenino		Masculino			
	f	%	f	%	f	%
26- 30 años	3	12	0	0	3	12
31-35 años	4	16	2	8	6	24
36- 40 años	7	28	2	8	9	36
41-45 años	4	16	0	0	4	16
51 años y más	3	12	0	0	3	12
Total	21	84	4	16	25	100

Fuente: Datos del cuestionario de análisis de la educación sexual familiar (*) del Dr. Leonardo Romero, aplicado a los padres de familia de los estudiantes de los novenos años paralelos "A" y "B" de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2", de Loja, 2015.
Elaborado: Carlos Damián Muñoz León.

Gráfica 2



Análisis

Las edades el sexo de los padres de familia con los se trabajó el programa de educación estuvo compuesta de la siguiente forma: 84% fueron mujeres y el restante 16% concierne a los varones, mientras que las edades oscilan entre 26 y 56 años, de los cuales el 12% corresponde a 26 a 30 años, el 24% de 31 a 35 años así mismo desde los 36 a 40 años comprendida por el 36% y finalmente el 12% que compete edades de los 51 años en adelante, especificando que estas personas no tenían el grado de parentesco paternal con los estudiantes del establecimiento en donde se ejecutó la propuesta de intervención.

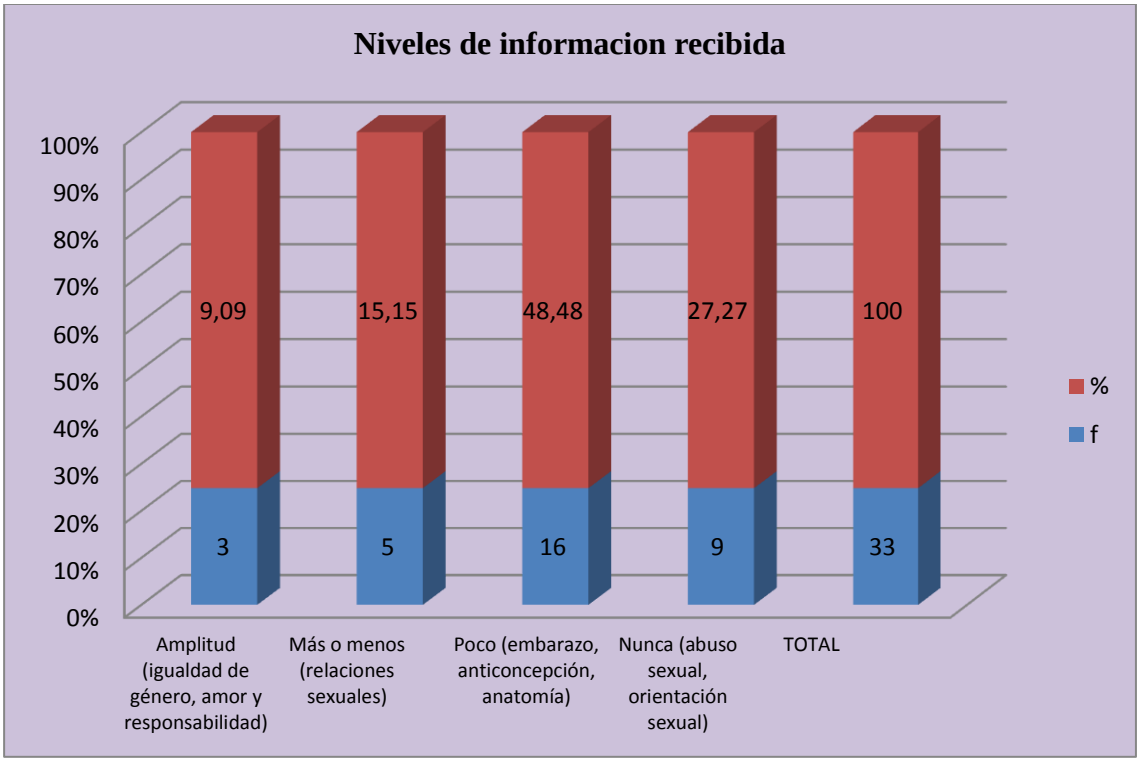
3) Nivel de conocimientos expresados por los estudiantes a través de la aplicación del cuestionario análisis de la educación sexual familiar.

Tabla 3

Nivel de información recibida sobre educación sexual	f	%
Amplitud (igualdad de género, amor y responsabilidad)	3	9,09
Más o menos (relaciones sexuales)	5	15,15
Poco (embarazo, anticoncepción, anatomía)	16	48,48
Nunca (abuso sexual, orientación sexual)	9	27,27
TOTAL	33	100

Fuente: Datos del cuestionario de análisis de la educación sexual familiar del Dr. Leonardo Romero, aplicado a los estudiantes de los novenos años paralelos "A" y "B" de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2", de Loja, 2015.
Elaborado: Carlos Damián Muñoz León.

Gráfica 3



Análisis e interpretación

La sexualidad en la adolescencia es determinada en gran medida por la sociedad y los diferentes agentes como padres y docentes ayudarán a que los jóvenes puedan expresar responsablemente las conductas propias de su edad, conforme Rivero (2010, p.82-83) señala, que los principios éticos y morales, las tradiciones culturales, los mitos y las creencias, la educación, los conocimientos existentes e incluso el lenguaje va condicionado en gran medida como se vive la sexualidad en una sociedad determinada. Según la forma en que el individuo acepte y viva la sexualidad, esta será fuente de grandes dichas y satisfacciones o de angustias, conflictos y frustraciones. Con respecto a disfrutar la sexualidad y evitar complicaciones es necesario que el individuo pueda protegerse, así mismo, Haase (como se citó en Castillo y Benavides, 2012) refiere que la protección individual incluye los recursos que la persona utiliza para modificar los resultados adversos y hacer que ocurra la resiliencia; a partir de este concepto se propone el de protección individual contra el riesgo sexual. Adicionalmente, los autores Taylor-Seehafer y Rew (como se citó en Castillo y Benavides, 2012) refieren que los

factores protectores que contribuyen a disminuir la conducta sexual de riesgo son: los conocimientos sobre sexualidad, la autoestima y la autoeficacia.

En relación a los datos obtenidos a través de los estudiantes de la institución educativa elegida, se observa que el 27, 27% “nunca” se les ha impartido información sobre educación sexual; mientras que el 48,48 % revela que ha sido “poco” afrontado el tema sobre aspectos de la sexualidad; el 15,15% manifestó que ha sido “más o menos” afrontado el tema mencionado y sólo el 9,09% expresó que le han hablado y enseñado con “amplitud” sobre sexualidad.

Acorde a lo citado anteriormente, los diferentes aspectos de la sexualidad suponen una satisfacción propia y de la pareja, pero como cualquier otra actividad de placer también conlleva una gran responsabilidad, y es primordial que cada persona esté preparada emocional y físicamente para iniciar esta etapa de su vida, en donde resulta vital contar con los conocimientos necesarios y la asertividad para responder adecuadamente. Con el fin de evitar inconvenientes a corto y largo plazo como embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual, resalta el papel de la familia y los docentes para dotar a los adolescentes de los recursos que incentiven una práctica sexual responsable.

4) Riesgos en el ejercicio de la sexualidad por desconocimiento

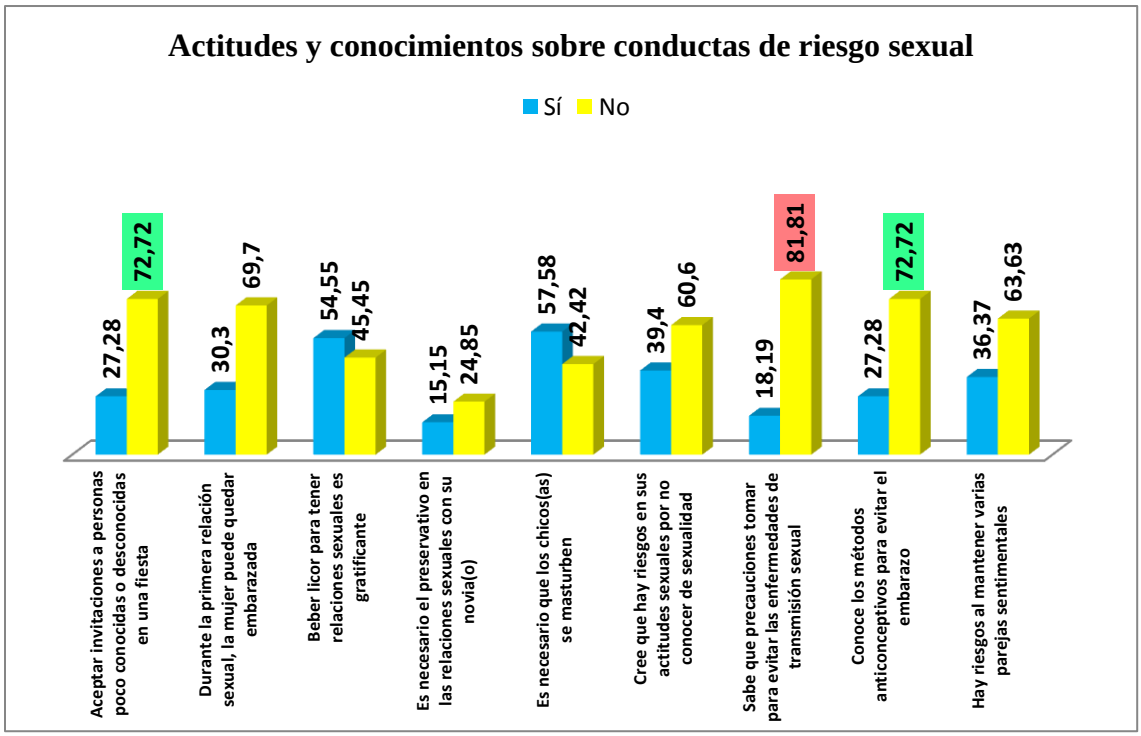
Tabla 4

Actitudes y Conocimientos	**RIESGOS**					
	Sí		**No**		**Total**	**%**
	f	**%**	**f**	**%**		
Aceptar invitaciones a personas poco conocidas o desconocidas en una fiesta.	9	27. 28	24	72. 72	33	100
Durante la primera relación sexual, la mujer puede quedar embarazada.	10	30. 30	23	69.70	33	100
Beber licor para tener relaciones sexuales es gratificante.	18	54.55	15	45.45	33	100
Es necesario el preservativo en las relaciones sexuales con su novia(o).	5	15.15	28	24.85	33	100
Es necesario que los chicos(as) se masturben.	19	57.58	14	42.42	33	100

Cree que hay riesgos en sus actitudes sexuales por no conocer de sexualidad.	13	39.40	20	60.60	33	100
Sabe que precauciones tomar para evitar las enfermedades de transmisión sexual.	6	18.19	27	**81.81**	33	100
Conoce los métodos anticonceptivos para evitar el embarazo.	9	27. 28	24	72. 72	33	100
Hay riesgos al mantener varias parejas sentimentales.	12	36.37	21	63.63	33	100

Fuente: Datos de la encuesta aplicada a los estudiantes de los novenos años paralelos "A" y "B" de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2", de Loja, 2015.
Elaborado: Carlos Damián Muñoz León.

Gráfica 4



Análisis e interpretación.

Durante la adolescencia son varios los elementos que determinan que un individuo adopte una práctica sexual responsable, bajo esta perspectiva tenemos como principal herramienta la difusión de información adecuada, la misma que debe iniciar en el hogar y ser complementada por los diferentes docentes en los centros de estudio.

Contrariamente, de acuerdo a Moskovics (como se citó en Cabrera 2012), en el ámbito sexual, si un individuo se expone a situaciones en las que pueda ocasionar daños a su salud o a la de otra persona, se infiere que está practicando una conducta sexual de riesgo. Por ello es imperante conocer las causas que contribuyen al desarrollo de prácticas sexuales no seguras e irresponsables, las mismas que según Espada, Quiles y Mendéz (2003), son variables de carácter: Cognitivo, en la cual los adolescentes presentan déficit en la información, sesgos en la precepción normativa y de riesgos sexuales, así lo confirma Murphy et al. (1998), en donde, después de una investigación concluye que la mayoría de adolescentes no considera en absoluto contraer una enfermedad de transmisión sexual; Conductual, la cual abarca diversos factores como, la asertividad ante las situaciones de sexo no seguro, el consumo de alcohol y drogas, la utilización adecuada del preservativo y la variedad de parejas; Finalmente la variable actitudinal, que se refiere a la intención de realizar una conducta sexual segura o practicar una de riesgo.

De acuerdo a la información recolectada a través de los adolescentes, encontramos que el 81.81% de los adolescentes no sabe que precauciones tomar para evitar enfermedades de transmisión sexual; además el 72. 72% considera que aceptar invitaciones a personas poco conocidas o desconocidas en una fiesta no constituye una conducta sexual de riesgo, finalmente en igual porcentaje de adolescentes no conocen los diferentes métodos anticonceptivos para evitar el embarazo.

Los factores que contribuyen a la práctica de conductas sexuales de riesgo es multicausal y son variables de orden cognitivo, conductual y actitudinal. En este contexto, la falta información que tenga un adolescente disminuirá la probabilidad de desarrollar la capacidad de adoptar conductas protectoras, creando creencias irracionales de "esto no me va a pasar a mí", influyendo directamente a la hora de tomar decisiones asertivas en el ámbito sexual. Todos estos factores están concatenados y predisponen el accionar de un individuo, sin embargo es esté quien finalmente posee la facultad de responder adecuadamente y adoptar medidas que contribuyan a una conducta sexual segura.

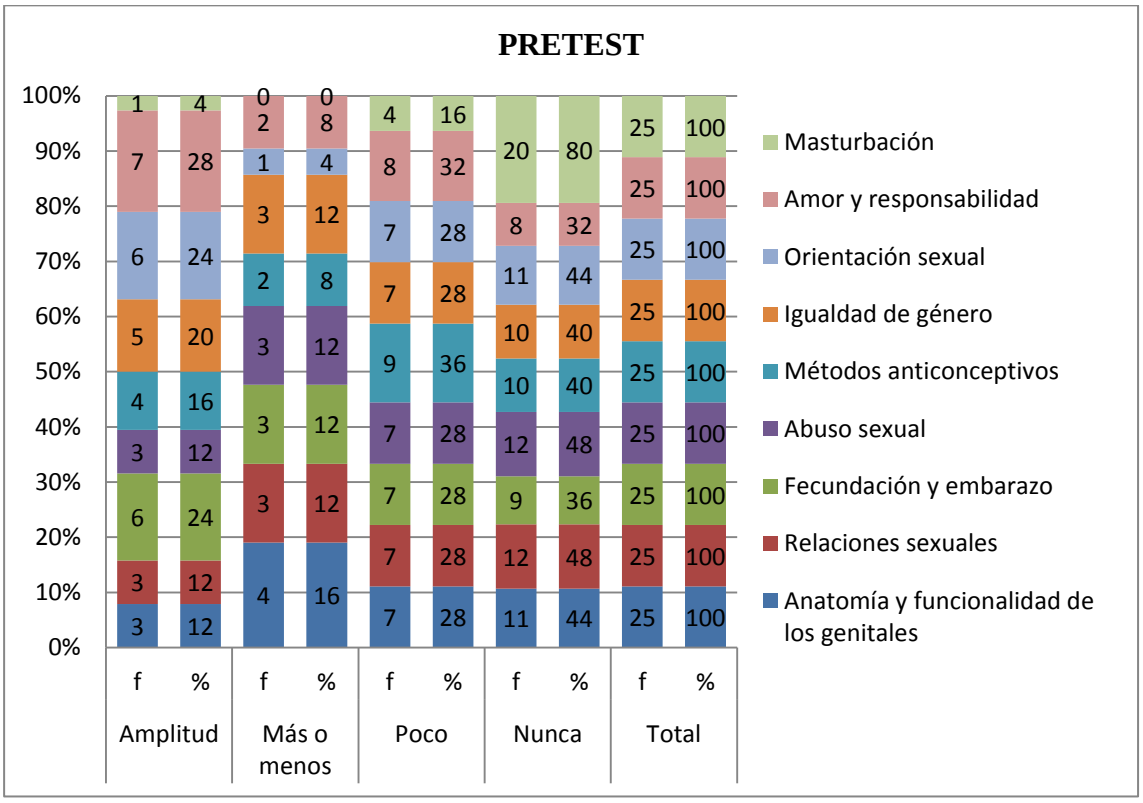
5) Resultados del pre-test del cuestionario análisis de la educación sexual familiar.

Tabla 5

Aspectos en el ámbito de la sexualidad	Pretest									
	Amplitud		Más o menos		Poco		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Anatomía y funcionalidad de los genitales	3	12	4	16	7	28	11	44	25	100
Relaciones sexuales	3	12	3	12	7	28	12	48	25	100
Fecundación y embarazo responsable	6	24	3	12	7	28	9	36	25	100
Abuso sexual	3	12	3	12	7	28	12	48	25	100
Métodos anticonceptivos	4	16	3	12	9	36	10	40	25	100
Igualdad de género	5	20	3	12	7	28	10	40	25	100
Orientación sexual	6	24	1	4	7	28	11	44	25	100
Amor y responsabilidad	7	28	2	8	8	32	8	32	25	100
Masturbación	1	4	0	0	4	16	20	80	25	100

Fuente: Datos del cuestionario de análisis de la educación sexual familiar (*) del Dr. Leonardo Romero, aplicado a los padres de familia de los estudiantes de los novenos años paralelos "A" y "B" de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2", de Loja, 2015.
Elaborado: Carlos Damián Muñoz León.

Gráfica 5



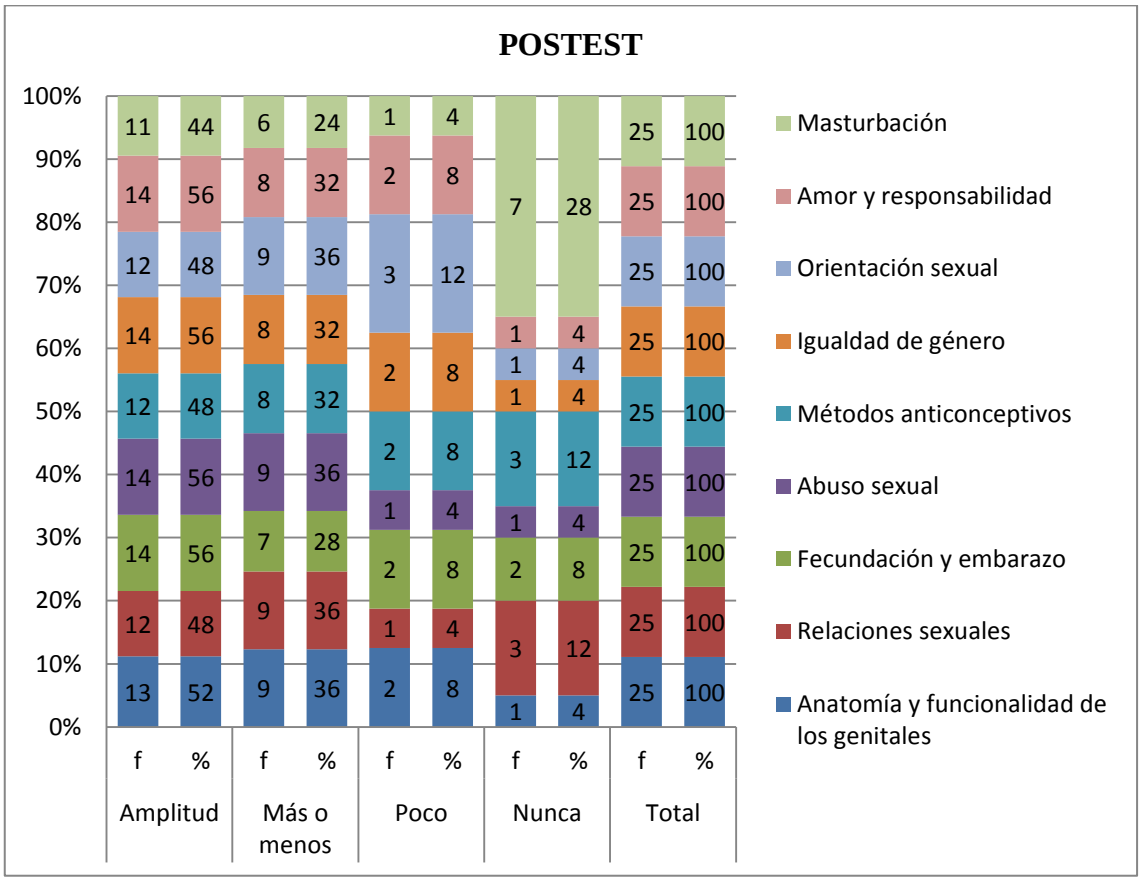
6) Resultados del postest del cuestionario análisis de la educación sexual familiar.

Tabla 6

	Postest									
Aspectos en el ámbito de la sexualidad	Amplitud		Más o menos		Poco		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Anatomía y funcionalidad de los genitales	13	52	9	36	2	8	1	4	25	100
Relaciones sexuales	12	48	9	36	1	4	3	12	25	100
Fecundación y embarazo responsable	14	56	7	28	2	8	2	8	25	100
Abuso sexual	14	56	9	36	1	4	1	4	25	100
Métodos anticonceptivos	12	48	8	32	2	8	3	12	25	100
Igualdad de género	14	56	8	32	2	8	1	4	25	100
Orientación sexual	12	48	9	36	3	12	1	4	25	100
Amor y responsabilidad	14	56	8	32	2	8	1	4	25	100
Masturbación	11	44	6	24	1	4	7	28	25	100

Fuente: Datos del cuestionario de análisis de la educación sexual familiar (*) del Dr. Leonardo Romero, aplicado a los padres de familia de los estudiantes de los novenos años paralelos "A" y "B" de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2", de Loja, 2015.
Elaborado: Carlos Damián Muñoz León.

Grafica 6



Análisis e Interpretación

De acuerdo con Freire (2003), son pocas las familias que se preocupan por informarse correctamente sobre sexualidad y en igual número las mismas en que se logre un diálogo abierto y natural sobre este tema. Han pasado ya muchos siglos en que se ha mantenido a la familia dentro de un esquema de educación cerrado y mitificado lo cual ha originado en muchas personas temores, angustias, traumas y consecuencias desfavorables como son el inicio temprano de relaciones sexuales, el embarazo precoz, el aborto, las enfermedades de transmisión sexual, etc. Para Haase (como se citó en Castillo y Benavides, 2012), la protección familiar integra los componentes que se encuentran dentro y fuera de la familia. En este caso se traduce en apoyo familiar para la conducta sexual segura, además menciona que durante la adolescencia, los cambios psicológicos afectan el contenido de los pensamientos por lo que su capacidad de abstracción causa que el adolescente vea la vida de manera fantasiosa, con pensamientos como "a mí nunca me va a pasar eso". Entre los aspectos en el que existe nula enseñanza e información y que preocupa a la familia en temas de sexualidad es la masturbación y para Crooks y Baur, (2009, p.374), señalan que es la autosatisfacción y sirve como vía importante de expresión sexual en ese período de la vida. Además de brindar siempre una salida viable para la tensión sexual. Los adolescentes pueden experimentar con diferentes maneras de darse placer y de ese modo incrementar su autoconocimiento. Sin embargo, aún es catalogada como una práctica "anormal" y dañina para la mente y salud.

Acorde con los datos obtenidos en el pretest, el aspecto de la sexualidad que se destaca en el que nunca se ha brindado información hacia los hijos es la masturbación con el 80%, contrastando está realidad uno de los aspectos del postest en el que aumento la comunicación y consecuente la enseñanza es la fecundación, embarazo, paternidad y maternidad responsable con el 56%, con igual porcentaje también se evidenciaron cambios positivos en lo respecta al amor y pareja, igualdad de género y abuso sexual.

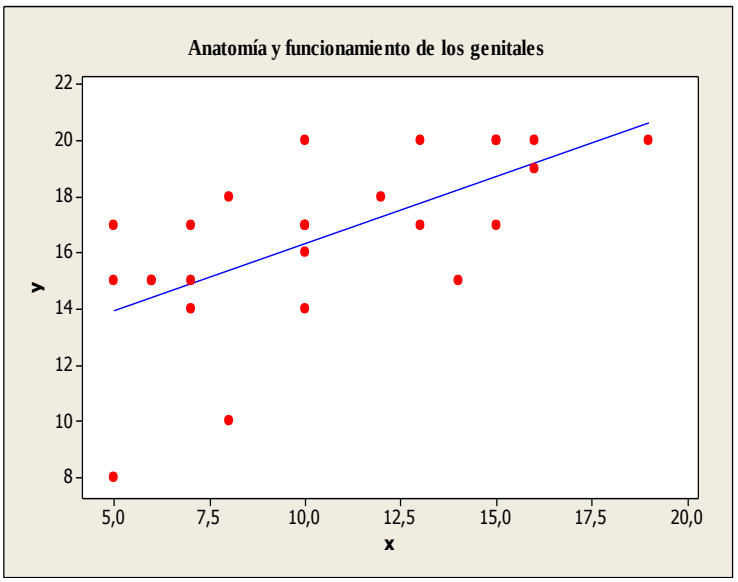
Una vez establecido que la familia es el principal centro de información y formación, es en ella en donde se empieza a socializar y a conocer las costumbres sexuales, convirtiéndola en agente responsable de ofrecer toda la comunicación necesaria a los

adolescentes, desarrollando factores de protección individuales que le permitan discernir las prácticas sexuales seguras de la inseguras, disminuyendo las probabilidades de un fracaso personal en el ámbito sexual.

Resultados de la aplicación de la propuesta de intervención educativa mediante la correlación lineal de Pearson (r de Pearson)

1.- Aspecto: Anatomía y funcionamiento de los genitales.

f	x	y
1	19	20
2	5	15
3	10	17
4	14	15
5	7	15
6	6	15
7	15	20
8	16	20
9	15	17
10	12	18
11	16	19
12	6	15
13	13	17
14	7	17
15	15	20
16	10	16
17	5	8
18	10	20
19	13	20
20	7	14
21	8	18
22	10	17
23	10	14
24	5	17
25	8	10
£	**262**	**414**



Interpretación:

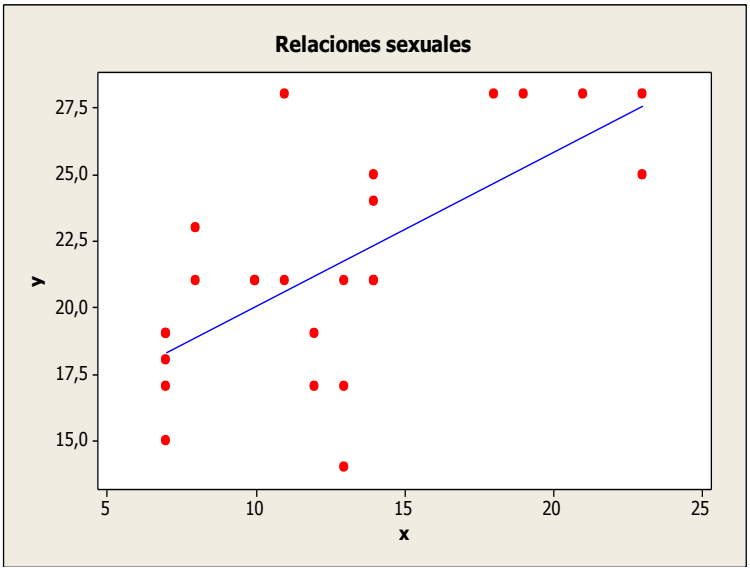
En la representación gráfica de la nube de puntos, se puede constatar la asociación lineal entre las variables (x.y), de acuerdo a la tabla de valoración de la correlación de la (r) de Pearson alcanza una correlación positiva moderada con un rango de 0,64.

Se evidencia un aumento en el conocimiento en el aspecto de anatomía y funcionamiento de los genitales masculinos y femeninos.

La metodología aplicada se fundamentó en temas como: desarrollo psicosexual; características biológicas, psicológicas y sociales que se presentan en el adolescente y que inciden en su sexualidad.

2.- Aspecto: Relaciones sexuales.

f	x	y
1	7	19
2	7	15
3	13	17
4	13	14
5	13	21
6	10	21
7	14	21
8	23	28
9	12	19
10	8	23
11	19	28
12	7	19
13	23	25
14	11	21
15	21	28
16	14	25
17	7	17
18	14	24
19	11	28
20	8	21
21	10	21
22	7	18
23	12	17
24	14	21
25	18	28
£	316	539



Interpretación:

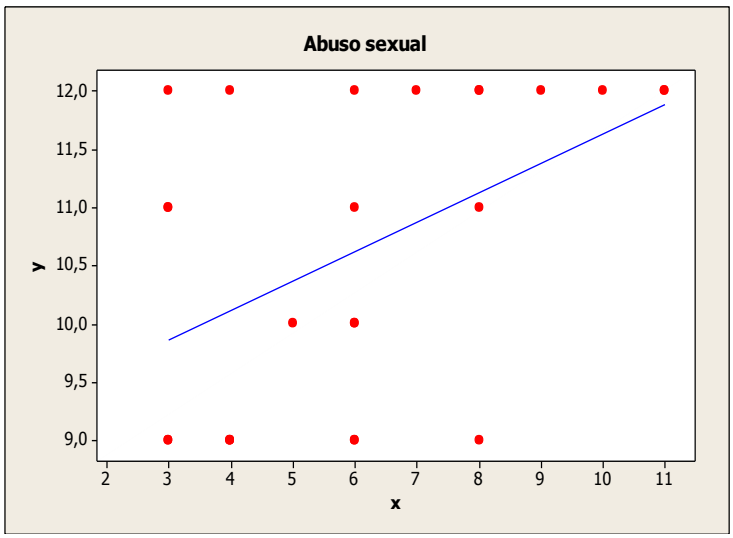
En la representación gráfica de la nube de puntos, se puede constatar la asociación lineal entre las variables (x.y), de acuerdo a la tabla de valoración de la correlación de la (r) de Pearson alcanza una correlación positiva moderada con un rango de 0,67.

Se evidencia un aumento en el conocimiento en el aspecto de relaciones sexuales.

La metodología aplicada se fundamentó en temas como: Características biológicas, psicológicas y sociales que se presentan en el adolescente y que inciden en su sexualidad.

3.-Aspecto: Abuso sexual.

f	x	y
1	9	12
2	8	12
3	8	9
4	3	9
5	4	9
6	4	9
7	8	11
8	11	12
9	6	10
10	6	9
11	7	12
12	11	12
13	4	9
14	5	10
15	10	12
16	6	9
17	3	11
18	6	10
19	3	12
20	3	9
21	6	11
22	8	12
23	6	12
24	3	12
25	4	11
€	152	266



Interpretación:

En la representación gráfica de la nube de puntos, se puede constatar la asociación lineal entre las variables (x.y), de acuerdo a la tabla de valoración de la correlación de la (r) de Pearson alcanza una correlación positiva moderada con un rango de 0,48.

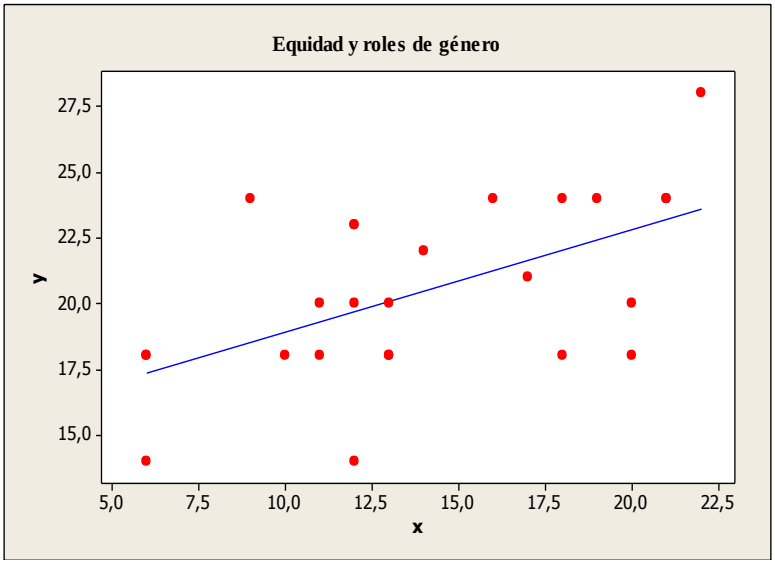
Se evidencia un aumento en el conocimiento en el aspecto de abuso sexual.

La metodología aplicada se fundamentó en temas como: ¿Cómo hablar con mi hijo(a) de sexualidad?

Actitudes de los padres y principales interrogantes para hablar de sexualidad con hijos adolescentes.

4.- Aspecto: Temas sobre construcción del género.

f	x	y
1	12	23
2	18	18
3	14	22
4	21	24
5	10	18
6	13	18
7	11	18
8	21	24
9	17	21
10	19	24
11	22	28
12	20	18
13	11	20
14	20	20
15	18	24
16	12	14
17	6	18
18	12	20
19	16	24
20	13	20
21	12	23
22	13	18
23	6	14
24	6	18
25	9	24
£	**352**	**513**



Interpretación:

En la representación gráfica de la nube de puntos, se puede constatar la asociación lineal entre las variables (x.y), de acuerdo a la tabla de valoración de la correlación de la (r) de Pearson alcanza una correlación positiva moderada con un rango de 0,56.

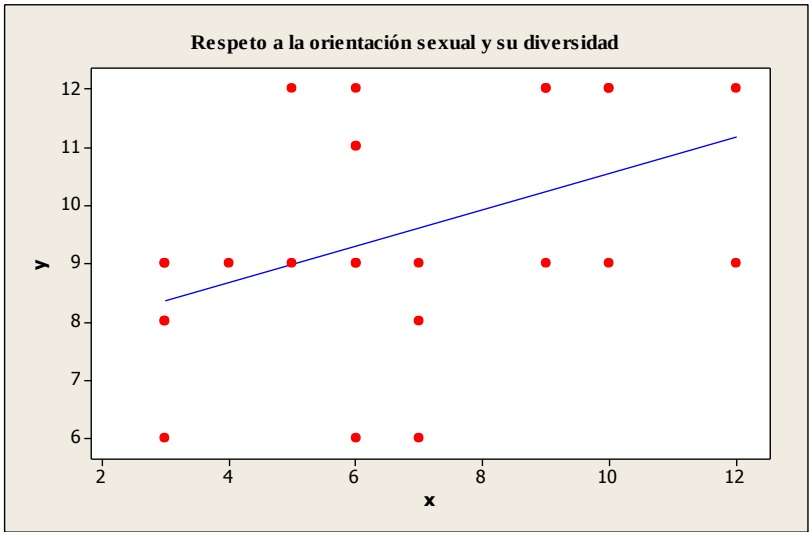
Se evidencia un aumento en el conocimiento en el aspecto de género y conductas sexuales.

La metodología aplicada se fundamentó en temas como: ¿Cómo hablar con mi hijo(a) de sexualidad?; Actitudes de los padres y principales interrogantes para hablar de sexualidad con hijos adolescentes.

Características biológicas, psicológicas y sociales que se presentan en el adolescente y que inciden en su sexualidad.

5.- Aspecto: Temas de orientación sexual

f	x	y
1	5	12
2	9	9
3	12	9
4	9	12
5	3	9
6	6	9
7	7	6
8	10	12
9	3	9
10	5	9
11	12	12
12	10	9
13	4	9
14	7	9
15	9	12
16	6	9
17	3	6
18	6	11
19	6	12
20	7	8
21	6	11
22	6	6
23	3	8
24	3	8
25	10	12
£	**167**	**238**



Interpretación:

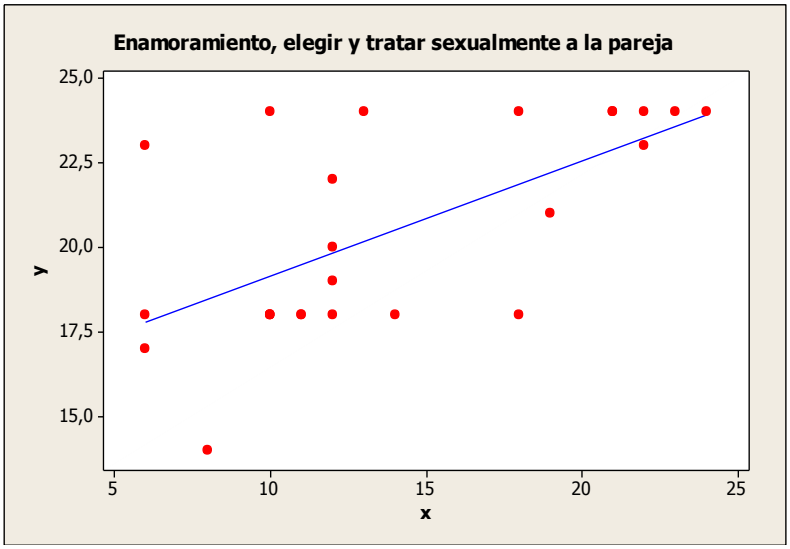
En la representación gráfica de la nube de puntos, se puede constatar la asociación lineal entre las variables (x.y), de acuerdo a la tabla de valoración de la correlación de la (r) de Pearson alcanza una correlación positiva moderada con un rango de 0,44.

Se evidencia un aumento en el conocimiento en el aspecto de orientación sexual.

La metodología aplicada se fundamentó en temas como: Actitudes de los padres y principales interrogantes para hablar de sexualidad con hijos adolescentes.

6.-Aspecto: Temas sobre enamoramiento, elegir y tratar sexualmente a la pareja.

f	x	y
1	18	24
2	10	18
3	22	23
4	13	24
5	10	18
6	11	18
7	21	24
8	22	24
9	18	18
10	12	20
11	23	24
12	11	18
13	14	18
14	6	17
15	24	24
16	12	19
17	6	18
18	12	18
19	10	24
20	19	21
21	12	22
22	10	18
23	8	14
24	6	23
25	21	24
£	**351**	**513**



Interpretación:

En la representación gráfica de la nube de puntos, se puede constatar la asociación lineal entre las variables (x.y), de acuerdo a la tabla de valoración de la correlación de la (r) de Pearson alcanza una correlación positiva moderada con un rango de 0,64.

Se evidencia un aumento en el conocimiento en el aspecto de enamoramiento, elegir y tratar sexualmente a la pareja.

La metodología aplicada se fundamentó en temas como: Características biológicas, psicológicas y sociales que se presentan en el adolescente y que inciden en su sexualidad.

g. DISCUSIÓN

La sexualidad durante la adolescencia es una dimensión que constituye la convergencia de factores biopsicosociales que determinan el accionar y búsqueda del placer sexual, al contrario, cuando existen alteraciones en cualquier elemento ya sea de índole afectivo, fisiológico, social o psicológico se van desarrollando vacíos cognitivos que imposibilitan a proceder asertivamente en situaciones sexuales de riesgo provocando consecuencias a corto y largo plazo en ámbitos académicos y de salud, de ahí se interfiere, resumiendo el criterio de Rivas (2010) que de acuerdo como cada persona acepte y viva su sexualidad, esta será fuente de grandes dichas y satisfacciones o de angustias, conflictos y frustraciones. Al reconocer la importancia de manejar adecuadamente este aspecto del ciclo evolutivo es necesario indicar que cada individuo debe tener ciertas herramientas o recursos que le permitan afrontar satisfactoriamente cualquier manifestación de origen sexual, es en aquí donde toman especial importancia el papel de los padres y los docentes de los centros de estudios con respecto a la impartición de información brindada para estructurar un modelo en el que predomine la práctica de conductas o acciones sexuales seguras.

Lograr que una persona desarrolle un modelo de accionar en el que prevalezca el cuidado personal y el de la pareja es muy difícil, pues constantemente desde la niñez, debido a las condiciones del ambiente, se está en relación directa o indirecta con situaciones de carácter erótico, es así que de acuerdo a Toro (2013), subraya que ahora los adolescentes desde su nacimiento han estado sistemática y continuamente bombardeados con escenas e imágenes en la que se exponen de manera explícita o implícita distintos tipos de conducta sexual, todo estos aspectos provocan que el individuo no distinga que manifestación de su sexualidad sea segura o de riesgo. Con este panorama se originó un interés personal e investigativo por conocer la realidad de esta problemática en nuestra ciudad, recurriendo a realizar este estudio en la Escuela de Educación Básica “Miguel Riofrío Nº 2” y tomando como referencia a los estudiantes de los novenos años paralelos “A” y “B” en base al instrumento de diagnóstico se evidenció que el 48,48 % ha recibido poca información sobre aspectos de la sexualidad, el 27,27% consideró que nunca les han enseñado sobre esa dimensión, consecuentemente el 15,15% reveló que el tema ha sido más o menos aclarado y solo

el 9,09% expresó que le han hablado y enseñado con amplitud sobre sexualidad, los aspectos que se tomaron en cuenta fueron los siguientes: anatomía y funcionalidad de los genitales, relaciones sexuales, fecundación, embarazo, maternidad y paternidad responsable, abuso sexual, métodos anticonceptivos, igualdad de género, orientación sexual, amor y responsabilidad, qué nivel de conocimientos poseen los adolescentes con respecto. Para conocer la connotación de estos resultados es inevitable citar a Taylor-Seehafer y Rew (como se citó en Castillo y Benavides, 2012) los cuales mencionan que los factores protectores que contribuyen a disminuir la conducta sexual de riesgo son: los conocimientos sobre sexualidad, la autoestima y la autoeficacia. Es decir, la información veraz y oportuna recibida por diversos agentes como miembros de la familia o maestros de centro de estudio es determinante para reducir las probabilidades de practicar acciones eróticas y sexuales que comprometan la integridad física y psicológica de un adolescente.

En el ámbito de la sexualidad se ve reflejado la necesidad de comprender nuestro cuerpo y los factores que ayudan o limitan goce sexual, entonces es fundamental tener un conocimiento sobre el tema, pero este debe originarse en el hogar, ser complementado en la escuela y posteriormente ser fortalecido en el colegio. Ahora bien, la naturaleza humana hace que cada persona posea ciertas características que lo convierten en ser único e individual, lo que explica en cierta medida que a pesar de tener esquemas cognitivos sobre algo, estos sean bloqueados y se obtenga o desarrolle una predisposición hacia el riesgo, es por ello que de acuerdo a la teoría de la conducta problema, la personalidad, el ambiente y el significado que otorguemos a los parámetros sociales son los factores que determinan que un individuo comprometa su integridad. Desde el punto de vista psicológico Albert Bandura (1986), detalla que las creencias de control o expectativas influyen para realizar una conducta saludable o de riesgo, también la neurociencia explica que la alteración en la corteza prefrontal del cerebro provocaría una minimización de las consecuencias dañinas, ante ello Luhmann (1996) reconoce la necesidad de trabajar con factores y conductas de riesgo y actuar sobre ellos previniendo las posibles consecuencias dañinas para la salud, en este caso, "el uso del preservativo para evitar un posible embarazo o un contagio de enfermedades de transmisión sexual". Todos estos aportes explican el origen cognitivo de como en el adolescente se desarrolla sesgos en la información, percepción normativa, percepción de

riesgo, percepción de la gravedad de la enfermedad, percepción de la capacidad para adoptar conductas protectoras desarrollando creencias erróneas y posteriormente siendo más proclives a practicar conductas sexuales de riesgo específicas como: inicio de relaciones sexuales tempranas, promiscuidad en los adolescentes, no utilización del preservativo, o el petting.

Después de obtener datos de los estudiantes se aplicó el pretest a los padres de familia para conocer en qué nivel han enseñado y hablado a sus hijos sobre aspectos específicos de la sexualidad, se constató que el 80% nunca ha hablado sobre la masturbación, a su vez el 48% jamás ha conservado o enseñado sobre las relaciones sexuales, el 44% no ha explicado nada sobre anatomía y funcionalidad de los genitales y el 40% nunca ha enseñado a sus hijos sobre métodos anticonceptivos. Estos datos confirman el nivel de conocimientos que evidenciaron los adolescentes en lo que refiere a sexualidad.

La protección de la familia es una fuente importante de apoyo para que el adolescente practique conductas sexuales seguras, la red familiar se conforma a partir de las personas que están íntimamente relacionadas en una familia. En este sentido, Marsiglia, Nieri y Rubin (2006) hablan entre otras cosas que: “El monitoreo de padres es un elemento clave para que el adolescente practique conductas sexuales saludables” (p. 175). Dentro de este lineamiento, mencionan que en las familias donde existe una relación positiva entre padres e hijos, y se discuten temas relacionados con sexo seguro, el adolescente tiene menos posibilidades de verse involucrado en situaciones de riesgo sexual, deduciéndose que el constante apoyo familiar simboliza un forma ininterrumpida de estímulo protector, derivando en el control efectivo ejercido por los padres. Acorde a estas pautas establecidas se determinó trabajar bajo la perspectiva del modelo psicológico de prevención de la enfermedad, al respecto resumiendo lo que dicen Bayes y Ribes (2003), que posee un carácter bio-psico-social y actúa desde diferentes perspectivas, entre ellas, cambiando actitudes y normas, atenuando las reacciones emocionales adversas, adiestrando habilidades y reforzando los comportamientos de prevención. Por ello como propuesta de intervención se elaboró el programa de educación sexual familiar dirigido a padres, teniendo como principal meta, el impartir información acerca conductas sexuales en los adolescentes y sus

consecuencias, contribuyendo y promoviendo a la comunicación en el hogar, para que ellos a su vez sean actores principales en la formación sobre sexualidad.

Con la ejecución de la propuesta de intervención a través del postest se contrastaron los datos obtenidos inicialmente, evidenciándose que al finalizar el programa, los padres de familia han hablado y enseñado ampliamente a sus hijos sobre diferentes aspectos de la sexualidad, es así que el 44% en relación a la masturbación, por su parte el 48% diálogo sobre las relaciones sexuales, el 52% con respecto a la anatomía y funcionalidad de los genitales y el 48% en lo que concierne a métodos anticonceptivos. Los estadísticos confirman cambios positivos el nivel de conocimientos adquiridos y asimilados que reflejaron los padres de los estudiantes en lo que refiere a sexualidad, en este sentido Cardozo y Alderete (2009), afirma que el principal recurso de los adolescentes son las personas del entorno en quien puede confiar, y que a su vez le establecen límites y le enseñan la forma de evitar los problemas, las personas significativas le instruyen la manera correcta de proceder y desenvolverse solo, convirtiéndose en la principal herramienta para enfrentar situaciones de riesgo o peligro, entonces al comprobar que aumento el nivel de conocimientos sobre sexualidad en el grupo etario, se convierten como figuras de apoyo a los que pueden recurrir para despejar dudas e inquietudes. Sin embargo, a pesar que el programa cumplió su cometido, aún es necesario desestructurar ideas erróneas y prejuicios sociales en los padres y madres de familia para que el tema de sexualidad y las conductas sexuales de riesgo sean impartidos desde etapas iniciales de la infancia de los estudiantes y además, que este trabajo sea en conjunto con la planta docente de la institución educativa a fin de contribuir con el proceso de información-formación. Después de la ejecución del Programa de Educación Sexual Familiar para prevenir conductas de riesgo en el ejercicio de la sexualidad de los estudiantes mediante el pretest y el postest, se logró evidenciar cambios en los padres de los adolescentes, corroborados a través del coeficiente de correlación de Pearson el mismo que indicó correlaciones positivas moderadas y alta.

h. CONCLUSIONES

- Se evidenció que la mayoría de los padres de familia investigados, no han conversado y educado sobre temas de sexualidad a sus hijos (as) y si lo han dicho ha sido muy poco, entre bromas y consejos; situaciones que no han favorecido a sus hijos (as) de los riesgos en el ámbito de la salud sexual, debido a la falta de una educación también basada en la confianza.

- Los padres de familia después de la participación activa del Programa de Educación Sexual Familiar, tuvieron conocimientos y formas de hablar con sus hijos aspectos de la sexualidad humana; evidenciando en los talleres participativos y vivenciales con ellos y los adolescentes, y a través de ejercicios prácticos los padres de familia sabrán cuando y como hablarles a sus hijos (as) sobre sexualidad basada en el afecto y el respeto.

- El Programa de Educación Sexual fue valorado a través del coeficiente de correlación lineal de Pearson, en donde aplicando los valores xy (pre y postest) alcanza una correlación positiva de moderada a alta en los diferentes temas tratados con los padres de familia y estudiantes sobre sexualidad como: anatomía y funcionalidad genital; relaciones sexuales; fecundación, embarazo, maternidad y paternidad responsable; abuso sexual; métodos anticonceptivos; igualdad de género; orientación sexual, amor y responsabilidad, validando la propuesta de intervención como positiva.

i. RECOMENDACIONES

- Socializar los resultados de este estudio investigativo y de intervención a las autoridades de la Escuela de Educación Básica “Miguel Riofrío N°2” para que implementen en su malla curricular transversalmente aspectos sobre educación sexual a partir de las etapas infantiles para prevenir fracasos, conflictos y perjuicios a su salud, logrando el desarrollo integral en sus estudiantes.

- A la Carrera de Psicología Educativa y Orientación para que siga ejecutando programas de educación sexual en centros educativos en los que exista esa necesidad, ayudando en la educación y formación de la juventud lojana.

- Al Departamento de Consejería Estudiantil de la Escuela de Educación Básica “Miguel Riofrío N°2”, para que convoque a padres de familia a trabajar la educación sexual para la vida familiar con afecto y respecto; y que se tome como referencia este programa de Educación Sexual Familiar; el mismo que está abierto a revisiones y mejoramiento de sus temas y metodologías; que permitan una educación familiar en relación a la sexualidad sana libre de riesgos.

PROPUESTA ALTERNATIVA

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL FAMILIAR, PARA PREVENIR CONDUCTAS DE RIESGO EN EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA:

En la actualidad los adolescentes en su proceso biopsicosocial, actúan de acuerdo a vivencias y en esas experiencias pueden caer en conductas de riesgo dentro del ámbito sexual que podrían provocar daños en su salud y en la de su pareja, además constituye la principal razón para el aumento de la prevalencia de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) y SIDA. Para García (2009), la percepción de riesgo y los sentimientos de vulnerabilidad constituyen dos variables a tener en cuenta de cara a la adopción de prácticas seguras dentro de la pareja, cuando hablamos de la percepción de riesgo nos referimos a la conciencia que tiene el adolescente sobre su conducta y su esta supone algún riesgo para él, o no. (p. 26).

Según García (2009), la noción de riesgo está muy unida a los sentimientos de vulnerabilidad, es decir, el individuo no es consciente del riesgo, vive el "aquí" y el "ahora". La adolescencia es una etapa en la que los sentimientos de invulnerabilidad se multiplican, y las consecuencias de las acciones que tienen resultados a medio y largo no son previstas. Cuando el adolescente manifiesta sus conductas sexuales está expuesto al contacto con el erotismo y el placer y por ello no miden las consecuencias como el embarazo y las ITS.

La percepción de riesgo, según Espada, Quiles y Méndez (2003), puede estar mediada por otras variables como la información y los conocimientos de los que se disponga, o la credibilidad de los mismos. La estimación del riesgo no se realiza de forma "científica" por las personas, sino que en ella intervienen numerosos factores ya sean estos sociales: sexo, orientación sexual, cultura, historia personal, características de la pareja, confianza, responsabilidad, sesgos como ideas de invulnerabilidad: "a mí no me va pasar", es decir, intervienen factores que se encuentran dentro de variables actitudinales, cognitivas y conductuales.

Además es necesario precisar que está problemática se presenta en la población estudiantil de la Institución, exponiendo su salud y comprometiendo su desarrollo integral. Por todo lo expresado anteriormente es fundamental tomar acciones preventivas, principalmente mejorar la comunicación familiar, para poco a poco lograr una confianza filo-parental en el hogar y poder entablar conversaciones en que los

padres expliquen a sus hijos (as) acerca de cómo mantener relaciones sexuales o seguras. También es imperante abordar temáticas sobre el enamoramiento y la implicación afectiva con la pareja, así como los ideales románticos que constituyen un elemento que deberemos tener muy en cuenta en nuestras intervenciones más aun considerando las características diferenciales que presenta la población con la que vamos a trabajar.

Ante este problema el eje intervención se basará en brindar informar a los padres y madres de familia, y ellos a su vez ayuden a desarrollar en sus hijos (as) la práctica de conductas seguras en el ámbito de su sexualidad. Para que los y las adolescentes adopten estas medidas preventivas es necesario partir de las dificultades que les impiden percibir el riesgo y abordarlo para valorarlo y encontrar la forma de mantener prácticas adecuadas y seguras.

Para ejecutar la propuesta de intervención se ha elaborado un programa de educación sexual familiar, compuesto por siete talleres:

- **Taller Nº 1: "Sensibilización".**

Tema: Presentación del programa, aplicación del pre-test y ejercicio de sensibilización.

- **Taller Nº 2: ¿Cómo hablar con mi hijo(a) de sexualidad?**

Tema: Actitudes de los padres y principales interrogantes para hablar de sexualidad con hijos adolescentes.

- **Taller Nº 3: "Desarrollo psicosexual".**

Tema: Características biológicas, psicológicas y sociales que se presentan en el adolescente y su inciden en su sexualidad.

- **Taller Nº 4: ¿Qué son las conductas de riesgo en la sexualidad de los adolescentes?**

Tema: Doble estándar, precocidad en mantener relaciones, promiscuidad, el petting; variables que la originan.

- **Taller Nº 5: "Consecuencias de las conductas sexuales irresponsables".**

Tema: Embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual (ITS) y SIDA.

- **Taller Nº 6: ¿Entonces qué hacer con la conducta sexual de los hijos?**

Tema: Protección familiar, individual y social; métodos anticonceptivos.

- **Taller Nº 7: "Cierre"**

Tema: Aplicación del postest, evaluación general y cierre del programa.

Los talleres están dirigidos a los padres, madres o representantes de los 36 estudiantes de los novenos años paralelos "A" y "B". El tiempo de duración de cada taller será de 90 minutos, y se realizarán en la sala de profesores de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2".

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA:

- Implementar un programa educativo-preventivo sobre conductas sexuales de riesgo en la adolescencia para prevenir consecuencias individuales y de pareja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar la amplitud de conocimientos sobre conductas sexuales de riesgo que poseen los padres de familia.
- Sensibilizar a los padres de familia sobre conductas de riesgo en la sexualidad a través de la comunicación dialógica.
- Describir las características biológicas, psicológicas y sociales que se presentan en el adolescente, para fomentar el autoconocimiento y su incidencia en el desarrollo sexual.
- Conocer las actitudes de los padres y madres de los adolescentes para fomentar la confianza y promover el diálogo sobre sexualidad en el hogar.

METODOLOGÍA:

El presente programa se desarrollará a través de talleres, los mismos que brindarán información científica acerca de las conductas de sexuales de riesgo en los adolescentes y sus principales consecuencias. Se procederá forma activa y participativa, para lograr una comprensión de contenidos por parte de los padres y

ellos a su vez se conviertan en educadores y figuras de confianza con sus hijos (as), permitiéndoles así lograr el desarrollo integral de sus hijos.

HABILIDADES

En base a las funciones que les corresponden, el líder tendrá una serie de habilidades que pueden entrenarse.

Poseer conocimientos sobre el tema: Es importante poseer unos conocimientos amplios sobre los temas conductas sexuales seguras de los adolescentes.

Capacidad de adaptación: Es importante adaptarse a las características de la etapa de adolescencia.

Capacidad de observación: Esta capacidad permite percatarse de situaciones que ocurren en el ámbito de la sexualidad de la adolescencia.

Capacidad de análisis: Se refiere a comprender las situaciones que pueden estar pasando su hijo(a).

Capacidad de reacción: Se lograra reaccionar adecuadamente y a tiempo ante las diversas situaciones que se generen en situaciones específicas en la sexualidad del adolescente.

Capacidad de empatía: Capacidad para ponerse en el lugar del adolescente, estableciendo una relación que favorezca la comunicación.

Actitudes de respeto: En general, se debe establecer una relación de cercanía y respeto con el adolescente, pero en ocasiones algunas situaciones conflictivas requieren tomar distancia con algunos participantes para su adecuada resolución.

Seguridad en uno y una misma: Será útil para sentirse seguro y tener un sólido conocimiento sobre sexualidad, convirtiéndose en principales educadores de sus hijos(as).

Escucha activa: Prestar especial atención a las necesidades de los hijos (as), porque podrían significar un factor determinante para lograr el desarrollo integral.

DESARROLLO DE LOS TALLERES

Taller Nº 1: "Sensibilización".

Tema: Presentación del programa sensibilización y aplicación del pre-test.

Objetivo: Evaluar la amplitud de conocimientos sobre conductas sexuales de riesgo que poseen los padres de familia.

Sensibilizar a los padres de familia sobre conductas de riesgo en la sexualidad a través de la comunicación dialógica.

Dinámica de sensibilización:

Lugar: Sala de profesores de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2".

Fecha: Jueves 7 de mayo del 2015.

Horario: de 18h30 a 20:00.

Responsable: Carlos Damián Muñoz León.

Desarrollo de la temática:

Introducción:

Se realizará una ceremonia de bienvenida, además de una presentación personal creando un ambiente adecuado para crear una concientización en los padres en aspectos sobre sexualidad de su hijo(a), además se dará a conocer a los asistentes el objetivo general del taller, los temas y posteriormente se aplicará el pre-test.

1. Presentación.

Se efectuará una presentación personal, posteriormente se justificará el porqué de la propuesta de intervención. Finalmente se brindará información acerca de la importancia de prevenir conductas sexuales de riesgo en los (as) estudiantes, sensibilizando de esta manera a la población.

2.- Dinámica de sensibilización.

Nombre de la dinámica: El Lazarillo.

Material: Una venda (trozo de tela) por cada pareja participante.

Procedimiento: El grupo se divide por parejas. Una de las personas se venda los ojos y actúa como ciego, la otra será su lazarillo. Cuando todos estén preparados, esperando la señal del orientador, el lazarillo se desplazará por el salón guiando al ciego por unos minutos, luego invertirlos papeles. Terminada la experiencia se hace una retroalimentación a partir de estas preguntas:

¿Cómo se sintieron interpretando al ciego?

¿Cómo se sintieron en el papel de lazarillos?

¿En qué ocasiones los padres son ciegos y lazarillos respecto a sus hijos?

4.- Aplicación del pre-test:

En primer lugar se ofrecerá información acerca del "Cuestionario análisis de la educación sexual familiar" del Dr. Leonardo Romero, a los padres, madres o representantes de los estudiantes y se demandará la mayor sinceridad para contestar los ítems, para lograr un óptimos resultados al finalizar la propuesta de intervención.

5.- Finalización del taller:

Al finalizar el taller se realizará la invitación formal para la próxima sesión.

MATRIZ DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
Taller Nº1 "Sensibilización"

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío" N° 2.
LUGAR: Sala de profesores de la Institución. **HORARIO:** 18:30 a 20H00. **FECHA:** Jueves 7 de mayo de 2015.
PARTICIPANTES: Padres, madres o representantes de los 36 estudiantes de los novenos años paralelos "A" y "B".
RESPONSABLE: Carlos Damián Muñoz León.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	PROCESO	TIEMPO	MATERIALES Y RECURSOS
Presentación del programa, aplicación del pre-test y ejercicio de sensibilización .	Evaluar la amplitud de conocimientos sobre conductas sexuales de riesgo que poseen los padres de familia. Sensibilizar a los padres de familia sobre conductas de riesgo en la sexualidad a través de la comunicación dilógica.	Presentación	Palabra de bienvenida a cargo de Lic. Marco Correa y Lic. Jackeline Cano, docentes responsables de los novenos años. Presentación del responsable a cargo del programa. Breve descripción de los talleres. Explicación de datos informativos como: Embarazos adolescentes, número de matrimonios en menores de edad debido a embarazos, entre otros.	20 minutos	-Cuadernillo con los talleres. - Tríptico.
		Dinámica de sensibilización	El grupo se divide por parejas. Una de las personas se venda los ojos y actúa como ciego, la otra será su lazarillo. Cuando todos estén preparados, esperando la señal del orientador, el lazarillo se desplazará por el salón guiando al ciego por unos minutos, luego invertirlos papeles. Terminada la experiencia se hace una retroalimentación a partir de estas preguntas: ¿Cómo se sintieron interpretando al ciego? ¿Cómo se sintieron en el papel de lazarillos? ¿En qué ocasiones los padres son ciegos y lazarillos respecto a sus hijos?	20 minutos	-Sillas -Participantes (representantes de los estudiantes). - Tiras de tela (16).
		Aplicación del pre-test	Después de realizar indicaciones generales se aplicó el "Cuestionario análisis de la educación sexual familiar", del Dr. Leonardo Romero.	40 minutos	-Copias del "Cuestionario análisis de la educación sexual familiar", del Dr. Leonardo Romero.
		Finalización del taller	Se realizará la invitación formal para el próximo taller	10 minutos	-Pizarra -Marcadores

Taller Nº 2: ¿Cómo hablar con mi hijo(a) de sexualidad?

Tema: Actitudes de los padres para hablar sobre sexualidad con sus hijos adolescentes.

Objetivo: Conocer las actitudes de los padres y madres de los adolescentes para fomentar la confianza y promover el diálogo sobre sexualidad en el hogar.

Lugar: Sala de profesores de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2".

Fecha: Jueves 11 de mayo del 2015.

Horario: de 18h30 a 20h00.

Responsable: Carlos Damián Muñoz León.

Introducción: Se entregará el tríptico a las autoridades del establecimiento educativo, los docentes guías y a los participantes.

Se justifica el tema escogido, expresando que es necesario identificar las formas para hablar sobre sexualidad con los hijos(as), describiendo que están pasando por cambios biológicos, psicológicos y sociales y que es fundamental que reciban un modelamiento positivo en cuanto a su sexualidad, incentivando así al desarrollo de la confianza parento-filial.

Dinámica de distensión:

Nombre: Los celosos.

Materiales: Sillas, participantes.

Desarrollo: Nos situamos por parejas, uno hará el papel de marido y otro de esposa. Las esposa se sentarán las sillas colocadas en línea (o formando un circulo) y los esposos estarán justo detrás de cada silla. En el momento en que el jugador del centro guiñe un ojo a una de ellas, estas deben de correr hacia él. Su esposo debe de evitar que lo abandone su mujer y por tanto cogerla antes de que se levanten. Si no puede evitarlo, pierde y ocupa el lugar del centro tratando de encontrar otra pareja (el que estaba en el centro ocupa el lugar detrás de la mujer). Al rato se puede invertir el juego, hombres sentados y mujeres celosas.

Desarrollo del tema:

1. Presentación.

Al llegar al salón de clases el responsable del programa realiza su presentación personal, explica la temática a tratarse durante el taller.

2. Dinámica de sensibilización:

Dinámica de ambientación: Carta del tío Jorge.

Materiales y recursos: Copia de la carta para cada uno de los participantes.

Desarrollo: Repartir a cada participante una copia de la carta que aquí te presentamos. Pedirles que la lean en forma individual comentando antes que: "Pablo es un chico de 12 años. Tiene una excelente relación con su tío, con quien habla sobre muchas cosas de la vida. El tío lo apoya y ayuda, le da consejos… Hace poco tiempo, se fue a vivir a otra ciudad. Desde entonces, se escriben cartas". (ver Anexo 2)

3.- Desarrollo del tema del taller:

Comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos

Es responsabilidad de la madre y el padre brindar educación sexual a sus hijas e hijos; sin embargo, todavía existen dificultades para conversar sin temores sobre los distintos temas relacionados con la sexualidad. La calidad de las relaciones entre padres, hijas e hijos, así como el grado de franqueza alcanzado en las comunicaciones influye en la posibilidad de que se abran espacios de diálogo sobre el tema de sexualidad.

Entre las actitudes que conducen a una buena comunicación entre padres e hijos, podemos señalar:

- Sinceridad y comodidad para abordar los temas de sexualidad.
- Dialogar abiertamente de sexualidad desde temprana edad.
- Establecer acuerdos entre padres e hijos sobre las normas de comportamiento en la vida familiar.
- Acercamiento afectivo entre padres e hijos.
- Capacidad de escucha. Asertividad en la expresión de sentimientos y emociones.

Es necesario además conocer las principales interrogantes que tiene los padres con respecto a la sexualidad de su hijo(a).

¿En qué edad es adecuado hablar sobre sexualidad con mi hijo(a)?

Toda edad es oportuna para hablar de sexualidad con nuestras hijas e hijos. Permanentemente estamos transmitiendo mensajes sobre cómo comportarnos y expresar nuestra sexualidad. Por ejemplo, las niñas y niños, desde que son muy pequeños, preguntan sobre el origen de los bebés, en este sentido es necesario brindar información científica, adecuándola a la edad y a su nivel de comprensión. Se debe evitar las respuestas falsas que no contribuyen a su educación sexual. La mejor oportunidad para conversar con nuestras hijas e hijos sobre sexualidad es cuando el tema surge de manera espontánea o cuando tengan preguntas o experiencias que quieran compartir. Para lo cual debemos contar con información, escuchar atentamente y responder con naturalidad, respetando sus puntos de vista y orientándolos hacia el desarrollo de comportamientos y actitudes que favorezcan un desarrollo sexual saludable.

¿Por qué los padres o las madres evitan conversar sobre temas de sexualidad?

Algunas madres y padres de familia tienen dificultades para conversar sobre sexualidad con sus hijas e hijos por falta de información, temor, prejuicios y por las propias experiencias de vida o formación que han tenido. A menudo las madres y padres de familia piensan que no han recibido suficiente preparación para hablar con sus hijas e hijos sobre temas relacionados con la sexualidad. Sin embargo, la educación sexual no solo requiere información, sino, que también, demanda confianza para que nuestras hijas e hijos pueden hablar de estos temas sin sentirse juzgados, criticados o rechazados. Es importante demostrarles que pueden hablar con nosotros para aclarar sus dudas y preocupaciones.

¿Por qué los hijos no acuden donde los padres para hablar temas de sexualidad?

La etapa de la adolescencia es generalmente difícil para algunas hijas e hijos, lo cual provoca que la comunicación con sus padres atraviese un período de crisis. La incertidumbre no solo afecta al adolescente sino al grupo familiar; ello ocasiona que se pierda la confidencialidad y aumenten los prejuicios. La o el adolescente no se animará

fácilmente a confiar sus preocupaciones sobre su sexualidad a sus padres, lo que se hace extensivo a los demás adultos de su entorno. Para encontrar salidas a este problema, madres y padres de familia deben favorecer la recuperación del diálogo amical y abierto con sus hijas e hijos adolescentes, sin juicios anticipados y sin censuras ni críticas destructivas a sus actitudes o comportamientos. En caso contrario, nuestras hijas e hijos acudirán a otras fuentes de información, que pueden ser no confiables y obtener información equivocada, teniendo efectos en su comportamiento sexual.

¿Cómo influye la sociedad?

La sociedad y la cultura refuerzan mitos y creencias que dificultan hablar libremente sobre la sexualidad como una dimensión importante en la vida de las personas. Esta situación crea una barrera para que las y los adolescentes puedan contar con información científica, oportuna, adecuada, completa, y garantizar con ello decisiones saludables y responsables sobre el ejercicio de su sexualidad. Es importante el diálogo en las relaciones interpersonales que se establecen en la vida familiar. Mediante las palabras establecemos distintos niveles de contacto con las demás personas, damos o recibimos información, expresamos lo que pensamos, transmitimos nuestros sentimientos, pensamientos, ideas y experiencias. Para favorecer el diálogo en temas de sexualidad entre miembros de generaciones distintas es esencial desarrollar en el núcleo familiar habilidades básicas para la valoración y reconocimiento del otro y fortalecer los hábitos de buen trato.

Metodología del desarrollo del tema:

Dinámica: ¿Cuánto se?

Materiales y recursos: Hojas en blanco y lápices. Copia de los enunciados a discutir para cada grupo carteles de ACUERDO y DESACUERDO, o bien afiches con dos columnas para ubicar los enunciados, marcadores.

Desarrollo: • Dividir a los participantes en grupos. Consigna: “Reflexionar sobre: a) ¿qué entienden ustedes por sexualidad?, b) ¿Qué entienden por salud sexual y reproductiva?, c) ¿Qué servicios de salud sexual y reproductiva conocen en nuestra ciudad?”. Hay que aclarar que tienen que responder según lo que entiendan por cada

uno de los ítems y que, si no saben algo, lo dejen en blanco. Se distribuyen por grupo, carteles con los siguientes enunciados.

Cada grupo deberá colocar los enunciados en dos columnas de ACUERDO o DESACUERDO (o en el afiche así dividido) explicando el porqué de su decisión. Una colocados los enunciados: acuerdos y desacuerdos, o bien otra posibilidad, se aclaran los interrogantes, las preguntas y las reflexiones, a partir de cada enunciado. (ver Anexo3)

Después de explicar cada enunciado.

Desarrollo herramientas metodológicas.- Ejemplo de enunciados para la reflexión

- La sexualidad se construye desde el momento mismo del nacimiento y perdura durante toda la vida.

- El ejercicio de la sexualidad en nuestra sociedad es igualitario entre varones y mujeres.
- Todas las personas tenemos derecho al placer.

- El fin último de la sexualidad es la reproducción.

- Sexo y sexualidad quieren decir lo mismo.

- Los varones tienen mayor necesidad de tener relaciones sexuales que las mujeres.

- Es importante respetar la sexualidad de las personas y no discriminar ni marginar a las personas que tengan prácticas sexuales diferentes de las nuestras.

- Las relaciones sexuales se deben tener sólo cuando realmente quieras, sin sentir que te están obligando o forzando.

4.- Evaluación del taller: Se aplica la evaluación del taller. (ver Anexo 1)

5.- Cierre.- Se reitera el agradecimiento por la asistencia, además se realiza la despedida y se invita al próximo taller.

MATRIZ DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Taller Nº2 ¿Cómo hablar de sexualidad con mis hijos?

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío" N° 2.
LUGAR: Sala de profesores de la Institución. **HORARIO:** 18:30 a 20H00. **FECHA:** Jueves 11 de mayo de 2015.
PARTICIPANTES: Padres, madres o representantes de los 36 estudiantes de los novenos años paralelos "A" y "B".

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIALES Y RECURSOS
¿Cómo hablar de sexualidad con mis hijos?	Conocer las actitudes de los padres y madres de los adolescentes para fomentar la confianza y promover el diálogo sobre sexualidad en el hogar.	Presentación y saludo de bienvenida	Mediante la ejecución de este taller se conocerán las actitudes de los padres y madres para hablar de sexualidad con sus hijos (as). Además se contestan las principales interrogantes sobre sexualidad que poseen los padres.	10 minutos	-Cuadernillo con los talleres -Pizarra -Marcadores
		Dinámica de distensión.	**Nombre:** Los celosos. **Desarrollo:** Nos situamos por parejas, uno hará el papel de marido y otro de esposa. Las esposa se sentarán las sillas colocadas en línea (o formando un circulo) y los esposos estarán justo detrás de cada silla. En el momento en que el jugador del centro guiñe un ojo a una de ellas, estas deben de correr hacia él. Su esposo debe de evitar que lo abandone su mujer y por tanto cogerla antes de que se levanten. Si no puede evitarlo, pierde y ocupa el lugar del centro tratando de encontrar otra pareja (el que estaba en el centro ocupa el lugar detrás de la mujer).	10 minutos	-Participantes -Sillas
		Dinámica de sensibilización	**Nombre:** Carta del tío Jorge. **Desarrollo:** Repartir a cada participante una copia de la carta. **Objetivo:** Reflexionar sobre las principales inquietudes en temas de sexualidad que poseen los adolescentes.	20 minutos	-Fotocopias de la carta del tío Jorge. -Participantes
		Eje temático.	**¿Cómo hablar de sexualidad con mis hijos?** **Metodología del desarrollo del tema:** Dinámica: ¿Cuánto se? Desarrollo: Dividir a los participantes en grupos. Consigna: "Reflexionar sobre: a) ¿qué entienden ustedes por sexualidad?, b) ¿Qué entienden por salud sexual y reproductiva?, entre otras. Se determina si está de ACUERDO o DESACUERDO explicando el porqué de su decisión. Una colocados los enunciados: acuerdos y desacuerdos, o bien otra posibilidad, se aclaran los interrogantes, las preguntas y las reflexiones, a partir de cada enunciado.	40 minutos	-Marcadores -Papelografos -Hojas en blanco y lápices. - Enunciados. - Participantes
		Evaluación	Aplicación de la evaluación.	8 minutos	-Participantes. -Fotocopias.
		Cierre	Despedida e invitación al próximo taller.	2 minutos	-Responsable.

Taller Nº 3: Desarrollo Psicosexual.

Tema: Características biológicas, psicológicas y sociales que se presentan en el adolescente y su inciden en su sexualidad.

Lugar: Sala de profesores de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2".

Fecha: Viernes 12 de mayo del 2015.

Hora: de 18H30 a 20H00.

Responsable: Carlos Damián Muñoz León.

Objetivo: Identificar las características biológicas, psicológicas y sociales que se presentan en el adolescente, para fomentar el autoconocimiento y su incidencia en el desarrollo sexual.

Introducción:

Mediante la ejecución de este taller se conocerán los cambios biológicos, psicológicos y sociales por los que atraviesa el adolescente y estas dimensiones convergen en el desarrollo de su sexualidad.

Dinámica de distensión:

Nombre: Carrera de barcas humanas

Materiales: cosas que produzcan un sonido, como silbatos, cascabeles o campanas

Desarrollo: Para esta dinámica dividimos a los jugadores por equipos de ocho ó diez, cada equipo será una barca, estarán los participantes de rodillas.

Cada jugador tiene sus manos apoyadas en los hombros del de delante. Enfrente de la fila de jugadores de cada barca hay un 'CAPITÁN'. El capitán sujeta las manos del primero de la barca. Cuando comienza la carrera, la barca se mueve hacia delante gracias a que todos los jugadores empujan con sus pies al mismo tiempo. El capitán de cada barca grita animando a su equipo y llevando el ritmo con el que empujar.

Durante la carrera, cualquier barca que se divida en dos o más trozos se dice que se ha hundido y es eliminada de la carrera.

Señales: Se les dice a los jugadores lo que tienen que hacer cuando oigan un determinado sonido. Juega un par de veces sin eliminar a nadie para que se acostumbren a los sonidos, entonces empieza a eliminar a los que lo hagan mal o a los últimos en hacerlo.

Desarrollo del taller:

1.- Presentación y saludo de bienvenida.

2.- Dinámica de ambientación:

Nombre: Las flores.

Materiales: Dos flores y participantes.

Desarrollo: Toma dos flores idénticas y muéstraselas al grupo, posteriormente se pide que todos vean que hermosas son estas flores. Guarda contigo una flor y pasa la otra para que cada joven y señorita la toque, la perciba, y le saque un pétalo o dos, si quiere. Deja que la pasen hasta que se vea estropeada y ajada. Toma de nuevo la flor que estaban pasando los jóvenes y muéstrala junto a la que está fresca.

Pregunta:

- ¿Cuál de las flores preferirían tener?
- ¿Cómo se sintieron al ver que la flor que estábamos pasando se estropeaba cada vez más?
- ¿De qué manera se parece la sexualidad de su hijo(a) a estas flores?

Si en realidad amáramos a esta flor, ¿cómo la hubiéramos tratado? Se reflexiona: Las flores son hermosas y están para que se las admiren y para que disfruten de su aroma. Pero admiramos esta flor tan rudamente que acabó lesionada. Pregunta: ¿En qué se parece la manera en que tratamos a esta flor al hecho de tener relaciones sexuales?

3.-Desarrollo del tema:

DESARROLLO PSICOSEXUAL DURANTE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el "período en el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual", considerando los 10 y 19 años como las edades entre las cuales se enmarca. Para fines epidemiológicos se establecen tres subgrupos: adolescencia temprana de 10 a 14 años, adolescencia media de 15 a 17 años y adolescencia tardía, de 18 a 19 años. La adolescencia constituye un período de crecimiento y desarrollo humano hacia la madurez con variaciones culturales, biológicas, psicológicas y sociales.

En la actualidad, algunos investigadores la definen como "una etapa de preparación para el ejercicio de las funciones de género masculino y femenino definidas por cada sociedad como propias de la edad adulta".

Adolescencia temprana (10-14 años).- Se inicia con la aparición del vello púbico y la menarquia o primera regla en la mujer y los sueños húmedos en el hombre, como expresión del comienzo de la maduración sexual y la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

Se caracteriza por comportamientos de extrema curiosidad por su cuerpo, fantasías sexuales, exploración del cuerpo, coquetería, amores platónicos.

Adolescencia media (15-17 años).- Se produce el crecimiento de los órganos genitales y la maduración sexual. Hay manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y en la conducta sexual exploratoria expresada en la masturbación. Pueden presentarse experiencias sexuales con personas del mismo o del otro sexo, sin que puedan ser asumidas como homosexualidad, ya que ésta no podrá diagnosticarse antes de haber alcanzado la identidad sexual, al finalizar la adolescencia. Las relaciones con sus pares (personas del mismo grupo de edad) son intensas y breves.

Adolescencia tardía (18-19 años).- Se caracteriza por la completa maduración física y el alcance de la mayoría de edad en el aspecto legal. Logros definitivos en la maduración psicológica, conducta sexual más estable, alcance de la identidad sexual y personal.

Características principales del desarrollo

El desarrollo es continuo, progresivo, irreversible (los avances ya adquiridos no se pierden), tiene una secuencia fija (Para que aparezca una función determinada se requiere la adquisición previa de una función de base, ej. sentarse → pararse → caminar), las características del desarrollo persisten por una generación (en cada niño, existen características propias de un desarrollo. Son variables la velocidad, la intensidad la cualidad, la persistencia de funciones determinadas en un sujeto).

Principios del desarrollo

Cuando se evalúa el desarrollo de un niño en situación de normalidad o de enfermedad es conveniente tener en cuenta algunos principios de la maduración del sistema nervioso: a) la velocidad cambia en etapas (mayor en primer año y adolescencia), b) la velocidad del desarrollo normal es diferente de un niño a otro, c) la velocidad es diferente de un área a otra en una etapa dada del desarrollo (lactante > des. motor, escolar > des. cognitivo), d) el desarrollo progresa en dirección céfalo caudal (f(x)s complejas como visión, audición, succión deglución se desarrollan primero), e) el desarrollo tiene como base la maduración del sistema nervioso, f) el desarrollo no es paralelo al crecimiento (puede detenerse el crecimiento sin detener desarrollo).

Factores que afectan el desarrollo:

<u>Factores biológicos</u>

Factores genéticos: Existen ciertas características que son propias de la carga genética, como pequeñas demoras en la aparición del lenguaje, cierto grado de hiperactividad o ciertas habilidades cognitivas. Considerar genopatías (Down, etc.)

Factores prenatales: Es posible que las variaciones del desarrollo estén influenciados por características fisiológicas de la madre (edad, nº de la gestación, estado emocional, etc.) La prematuridad determina variaciones en el desarrollo al menos durante los primeros años de vida. Patologías severas: infecciones intrauterinas, etc.

Factores perinatales: Las principales son: asfixia neonatal, prematurez extrema, hipoglicemia clínica, infecciones neonatales, dificultad respiratoria, convulsiones.

Factores postnatales: Diversos factores fisiológicos como la alimentación, las inmunizaciones, ciertas patologías de poca gravedad pueden modular el desarrollo postnatal, dentro de un plano normal. Patologías: hipotiroidismo, convulsiones de difícil manejo meningitis, entre otras.

Factores ambientales

Estimulación: Estímulos específicos (visuales, auditivos, olfativos, etc.) pueden inducir mayor desarrollo en diferentes áreas.

Afectividad: Problemas de vínculo o familiares afectan desarrollo.

Normas de crianza El desarrollo de hábitos, la interacción con hermanos, el grado de independencia y variados aspectos valóricos.

Factores culturales y socioeconómicos: Localidad rural o urbana, cultura de su familia, modelos conductuales específicos; valores sociales, religiosos, nivel socio económico.

Condiciones de la familia: Favorecen al desarrollo: cercanía afectiva, acuerdo relacional, equilibrio en la cercanía parental, jerarquía parento-filial definida normas claras y flexibles, interacción autónoma con iguales, límites claros de los subsistemas familiares.

A continuación se describen las principales características de las etapas del desarrollo psicosexual.

DESARROLLO PSICOSEXUAL

ETAPA	EDAD	MOTIVACIÓN	MANIFESTACIÓN	PAUTAS DE EDUCACIÓN PREVENTIVA
ORAL	0 a 1 año a) (0-6 meses) b) Oral Sádica (desde 6 meses)	Necesidad básica de alimentación Succión y medio de alimentación. Contacto con el mundo a través de la boca que se convierte en zona erógena. Zona oral – centro de conocimiento, centro de placer.	Juego Funcional a través dela boca- lengua. Succión del pulgar mano. Juego genital	Aceptación del sexo biológico. Vocabulario y valoración adecuada del cuerpo.
ANAL .	1 año y medio a 3 años	Control y concienciación del esfínter anal	Control de esfínteres. Placer en la regulación y en la excreción. Simbolismos de los excrementos. Descubrimiento de las diferencias sexuales entre adultos y niños. Actividades compartidas. Identidad sexual. Rolde género.	Conducta adecuada en la adquisición de hábitos y habilidades.
GENITAL	3-5 años	Descubrimiento y exploración del propio cuerpo.	Masturbación. Actividades entre niños y niñas que continúan diferenciándose. Curiosidad sexual (observación, tocamiento a los adultos). Exhibicionismo (4 años). Complejo de Electra. Complejo de Edipo	Iniciación de la educación sexual formal a punto de la partida de preguntas sobre las diferencias varón-niña. Enigma de los niños.
LATENCIA	6-11 años	No hay una localización orgánica.	Curiosidades específicas: Fecundación, embarazo, parto, sus órganos sexuales. Sentido de identidad. Separación por los sexos en los juegos	Continuación de la educación sexual satisfaciendo la necesidad de conocimiento

Cambios biofisiológicos:

Cambios masculinos:	Cambios femeninos:
Aparece vello facial (bigote y barba) Posible acné (debido a las hormonas) La voz falla y se hace más grave. Los hombros se ensanchan. Aparece el vello púbico. Crece el vello en el pecho y la espalda. El cuerpo transpira más. Aparece el vello en las axilas. Los testículos y el pene aumentan de tamaño. El cabello y la piel se vuelven más grasos. Aumenta el peso y la altura. Las manos y los pies aumentan de tamaño. Aumenta el vello en los brazos. Crece el vello en las piernas. Se inicia la capacidad reproductora. Eyaculación.	La piel se vuelve más grasa. Aumenta el peso y la altura. Aumenta el sudor. Rostro más lleno. Posible acné (debido a las hormonas). Los brazos engordan. Aparece el vello en las axilas. Se destacan los pezones. Crece el vello púbico. Los genitales se engrosan y oscurecen. Aumenta el vello en los brazos. Los muslos y las nalgas engordan. Las caderas se ensanchan. Crece el vello en las piernas. Se inicia la capacidad reproductora. Menstruación

Las hormonas más implicadas directamente en la sexualidad son: los *estrógenos*, la *progesterona y la testosterona*. En realidad, estas hormonas se encuentran en los dos sexos, con distintos niveles de concentración (en el hombre hay mayor nivel de testosterona y en la mujer mayores niveles de estrógenos y progesterona).

Cambios psicológicos

Se destacan:

- Aparece una mayor curiosidad por conocer el mundo que lo rodea.

- La persona accede a una nueva forma de pensamiento, puede formular hipótesis, razonar acerca de ellos y extraer sus propias conclusiones.

- Mayor curiosidad por conocer el mundo.

- La persona puede diferenciar lo real de lo posible, comienza a poner en tela de juicio todo aquello que hasta ahora era inamovible. Tiene opiniones propias y críticas sobre el amor, los estudios, los amigos, la familia, etc.

- Piensa sobre sus propios pensamientos, puede orientar su afecto hacia determinadas ideas y valores, además se compromete en algún modo con ellos.

Cambios sociales

Los principales cambios sociales en la adolescencia son:

- Búsqueda de la identidad.
- Separación de los padres.
- Algunas situaciones de rebeldía.
- Ansiedad ante hacer el ridículo en la sociedad.
- Egocentrismo.
- Reto a la figura de autoridad.

A continuación se presenta un cuadro resumen que para cada etapa de la adolescencia recoge las características reseñadas en el punto que antecede.

Cambios Físicos	Cambios Sociales	Cambios Psicológicos
Estirón puberal. Aparición del vello en el pubis, axilas, bigote y barba. Desarrollo de las mamas. Aparición de la menarquia. Poluciones nocturnas (Sueños húmedos) - Espermarca. Producción de óvulos y espermatozoides maduros, aptos para la procreación. Crecimiento del pene y los testículos. Cambios de voz. Aumento en la producción de grasa. Cambios en la conformación del cuerpo.	Socializa con sus amigos. Tiende a separarse de los padres. Interés por las relaciones de pareja.	Desarrollo del pensamiento abstracto: capacidad para analizar, cuestionar, asumir posiciones críticas. Formación de valores. Desarrollo moral, ético y espiritual. Fuertes impulsos sexuales y agresivos. Labilidad emocional. Búsqueda de identidad personal y sexual. Sentimientos de omnipotencia. Ensayo de modelos de comportamientos para probar y ratificar su virilidad o femineidad, cónsonos con las asignaciones socioculturales imperantes en su contexto para cada género.

Desarrollo Cognoscitivo: Al aparecer las operaciones formales el adolescente adquiere varias capacidades nuevas importantes:

- Puede tomar como objeto a su propio pensamiento y razonar acerca de sí mismo.
- Puede considerar no sólo una respuesta posible a un problema o explicación a una situación, sino varias posibilidades a la vez.
- Agota lógicamente todas las combinaciones posibles.
- El pensamiento operativo formal le permite distinguir entre verdad y falsedad, es decir comparar las hipótesis con los hechos.
- Puede tramitar la tensión a través del pensamiento y ya no sólo a través de la actuación. Puede "pensar pensamientos".
- Este tipo de pensamiento recientemente adquirido trae aparejada la capacidad del adolescente para entenderse consigo mismo y el mundo que lo rodea.

Crisis en el aspecto psicosocial.- En esta etapa de la adolescencia (entre 11 a 14 años) según Erickson (1968), es enfrentarse a la crisis de la identidad vs confusión de identidad a fin de convertirse en un adulto único con un sentido coherente del “yo” y un papel valorado dentro de la sociedad. Además la identidad se forma a medida que los adolescentes resuelven tres cuestiones principales: la elección de una ocupación la adopción de valores con los que convivirán y el desarrollo de una identidad sexual satisfactorio.

Finalización de la Adolescencia.- La adolescencia culmina con el alcance de la madurez reproductiva y el desarrollo corporal. La mayoría de las personas alcanza su estatura definitiva y son físicamente maduros a los 20 años de edad. Al final de la adolescencia se habrá conformado la identidad sexual expresada en la conciencia de pertenecer a un determinado sexo y, además de la conciencia de pertenecer a un determinado sexo, se asumirán los roles o comportamientos asignados por la cultura a los hombres y a las mujeres para estructurar la identidad de género. La consolidación de las identidades sexual y de género, así como las posiciones que asuma el o la joven frente a las situaciones que emergen en su contexto confluirán en el logro de la identidad personal plasmada en la conciencia de ser un individuo con características propias y con capacidad de tomar decisiones y asumir responsabilidades.

Metodología del desarrollo del tema:

Dinámica: Los adultos y la adolescencia.

Objetivo: Reflexionar sobre los cambios biológicos, psicológicos y socioculturales en la adolescencia y su incidencia en la sexualidad.

Materiales: Preparar tiras de papel de 10 x 20 cm (la cantidad depende del número de participantes), tres papelografos.

Proceso:

Dividir a los participantes en tres grupos. En cada uno de ellos se discutirá y contestará las siguientes preguntas: ¿Qué cambios biológicos cree Ud. está teniendo su hijo(a)?; ¿Qué cambios psicológicos cree Ud. está teniendo su hijo(a)?; ¿Qué cambios sociales cree Ud. está teniendo su hijo(a)?;

Luego se pegará cada tira de papel en los papelografos que crean conveniente. (ver Anexo 4)

Después el responsable dará la respectiva explicación para determinar la veracidad de los enunciados descritos en las tiras de papel.

Posteriormente el responsable dará una explicación de cómo cada dimensión: biológica, psicológica y social influyen en el ámbito de la sexualidad del adolescente y también las características y manifestaciones del desarrollo psicosexual.

4.- Evaluación del taller: Se aplica la evaluación del taller. (ver Anexo1)

5.- Cierre.- Se reitera el agradecimiento por la asistencia, además se realiza la despedida y se invita al próximo taller.

MATRIZ DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
Taller Nº3 "Desarrollo Psicosexual"

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío" N° 2.
LUGAR: Sala de profesores de la Institución **HORARIO:** 18:30 a 20H00. **FECHA:** Viernes 12 de mayo del 2015.
PARTICIPANTES: Padres, madres o representantes de los 36 estudiantes de los novenos años paralelos "A" y "B".
RESPONSABLE: Carlos Damián Muñoz León.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIALES Y RECURSOS
Desarrollo psicosexual en los adolescentes.	Identificar las características biológicas, psicológicas y sociales que se presentan en el adolescente, para fomentar el autoconocimiento y su incidencia en el desarrollo sexual.	Presentación y saludo de bienvenida	Mediante la ejecución de este taller se conocerán los cambios biológicos, psicológicos y sociales por los que atraviesa el adolescente y estas dimensiones convergen en el desarrollo de su sexualidad.	10 minutos	-Cuadernillo con los talleres -Pizarra -Marcadores
		Dinámica de distensión.	**Nombre:** Carrera de barcas humanas **Desarrollo:** Para esta dinámica dividimos a los jugadores por equipos de ocho, cada equipo será una barca, estarán los participantes de rodillas. Cuando comienza la carrera, la barca se mueve hacia delante gracias a que todos los jugadores empujan con sus pies al mismo tiempo. El capitán de cada barca grita animando a su equipo y llevando el ritmo con el que empujar.	15 minutos	-Participantes -Cosas que produzcan un sonido, como silbatos.
		Dinámica de sensibilización	**Nombre:** Carrera de barcas humanas **Desarrollo:** Se reparte una flor con todo el grupo para cada uno de los participantes desprenda un pétalo. Al final se reflexiona sobre las relaciones sexuales y el daño que pueden provocar si se las mantiene de una manera inadecuada.	15 minutos	-Dos flores Participantes.
		Eje temático.	Desarrollo psicosexual. **Metodología del desarrollo del tema: Dinámica:** Los adultos y la adolescencia. **Desarrollo:** Dividir a los participantes en tres grupos. En cada uno de ellos se discutirá y contestará las siguientes preguntas: ¿Qué cambios biológicos cree Ud. está teniendo su hijo(a)?; ¿Qué cambios psicológicos cree Ud. está teniendo su hijo(a)?; ¿Qué cambios sociales cree Ud. está teniendo su hijo(a)?. Luego se pegará cada tira de papel en los papelografos que crean conveniente. El responsable dará la respectiva explicación para determinar la veracidad de los enunciados descritos en el papel y cómo cada dimensión: biológica, psicológica y social influyen en el ámbito de la sexualidad del adolescente y también las características y manifestaciones del desarrollo psicosexual.	40 minutos	-Pizarra -Marcadores -Papelografos -Tiras de papel -Participantes
		Evaluación	Aplicación de la evaluación.	8 minutos	-Fotocopias.
		Cierre	Despedida e invitación al próximo taller.	2 minutos	-Responsable.

Taller Nº 4: ¿Qué son las conductas de riesgo en la sexualidad de los adolescentes?

Tema: Conducta sexual de riesgo y variables que la originan.

Objetivo: Conocer las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes para desarrollar vínculos afectivos y la capacidad de la asertividad en el ámbito de la sexualidad.

Fecha: Martes 16 de junio del 2015.

Horario: de 18h30 a 20h00.

Responsable: Carlos Damián Muñoz León.

Introducción: Mediante la ejecución de este taller se conocerán las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes y su origen.

Dinámica de distensión:

Nombre: El motín de esquilache.

Materiales: Pañuelos, participantes.

Desarrollo: La mitad de las personas que juegan llevará un pañuelo colgando de la cintura por la parte de atrás sujeto al cinto o pillado en el pantalón.

Las que no tienen pañuelo corren a coger uno. Si lo consiguen se lo ponen en su propia cintura. Las que tienen pañuelo corren para que no se lo quiten.

Analizamos lo que sucedió y cómo nos hemos sentido.

Desarrollo del tema:

1. Presentación.

Al llegar al salón de clases el responsable del programa realiza un saludo cordial y después explica la temática a tratarse durante el taller.

2. Dinámica de sensibilización:

Dinámica de ambientación: Juego de muñecos.

Materiales y recursos: Dos parejas de muñecos, participantes.

Desarrollo:

Se divide al grupo en dos subgrupos, posteriormente ellos compartirán información de cómo creen que sus hijos (as) reaccionarían el hipotético caso que su pareja les pida mantener relaciones sexuales, Luego pasarán las dos parejas y por medio de los muñecos tratarán de recrear la situación de riesgo sexual.

Está dinámica sirve para proyectar la información que poseen los padres acerca de las conductas de riesgo en el ámbito de la sexualidad, ayudándoles a despejar sus dudas en este tema.

3.- Desarrollo del tema del taller:

Conductas sexuales de riesgo en la adolescencia

Conducta sexual de riesgo

Según Moskovics (citado por Cabrera 2012), "una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona. El sostener relaciones sexuales sin protección aumenta la incidencia de ETS como el VIH; así como embarazos no deseados, los que ha llevado el número de aumento de abortos y todo lo que esto conlleva".(p.p. 13-14).

Las principales conductas de riesgo en la adolescencia son:

- **El doble estándar.**

Se refiere al pensamiento previamente estructurado que tiene la sociedad de seguir lineamientos en el ejercicio de la sexualidad y su percepción de acuerdo al sexo de cada individuo, siendo más restrictivo para las mujeres y más permisivo para los varones.

Crooks y Baur (2009, p. 373). Aunque los niños han estado aprendiendo los estereotipos de rol de género desde la infancia, el énfasis en la diferenciación de este rol a menudo aumenta durante la adolescencia.. El doble estándar influye en la sexualidad masculina y femenina a lo largo de la vida, los adolescentes sexualmente a menudo reciben y sufren todo el peso de esta creencia social polarizada. Los jóvenes que no son audaces o no han tenido experiencia mínima son calificados con términos peyorativos. Por otro

lado, los amigos brindan un refuerzo social para las actitudes y comportamientos estereotipados. Para algunos jóvenes, contarle a los amigos acerca de sus encuentros sexuales que el acto sexual en si mismo.

Muchas chicas enfrentan un dilema, pueden aprender a parecer sensuales para atraer a los varones y aun así experimentar la ambivalencia del comportamiento sexual evidente. Si una joven se rehusara tener relaciones sexuales íntimas podría de preocuparle que los novios pierdan interés y dejen de invitarla a salir. Pero si accede, puede ganarse la reputación de ser "fácil".

- **Inicio de relaciones sexuales tempranas.**

Las relaciones sexuales de los jóvenes, por lo general, no son planeadas y ocurren sin protección, dando como resultado la obtención de una enfermedad de transmisión sexual o embarazos no deseados.

- **Promiscuidad en los adolescentes.**

La promiscuidad es entendida como una conducta de alto riesgo físico y psicológico, donde se mantienen relaciones sexuales de manera irresponsable con más de una pareja en un período de tiempo relativamente corto. Esta práctica sexual actualmente está siendo adoptada por muchos de los adolescentes, los cuales no toman conciencia de los riesgos a los cuales se exponen.

- **No utilización del preservativo.**

Se centra en desechar la posibilidad de utilizar algún método anticonceptivo, durante la relación sexual, atribuyéndose a variables de carácter actitudinales, cognitivas y conductuales, aumentado la probabilidad de infectarse de alguna enfermedad de trasmisión sexual o de quedar embarazada en el caso de las mujeres.

- **El petting.**

Es una expresión norteamericana que viene del verbo "to pet", que quiere decir "masajear, acariciar". Sin embargo, petting quiere decir alguna cosa más que acariciar: designa una serie de juegos amorosos en el cual todos, quitando el coito, está permitido. El hecho de que no se llegue al coito es una frontera, un límite que los mismos

protagonistas se han de marcar. Pese a que sirva sobre todo para evitar un embarazo no deseado, hay chicas que prefieren el petting para conservar el himen. Esto es muy corriente en algunos países, especialmente en Estados Unidos. En cierta manera, petting existe en toda relación erótica, desde el primer beso se pasa a un prólogo refinado antes de llegar al coito.

Variables que explican las conductas sexuales de riesgo.

Para Espada, Quiles y Méndez (2003), existen elementos (internos y externos) presentes en los individuos que influyen de para realizar una conducta sexual en el que se comprometa su salud, estos factores se los engloba dentro de variables de tipo: cognitivo, actitudinales y conductuales.

Variables de carácter cognitivo

- **Sesgos en la información y creencias erróneas.**

A menudo los comportamientos de riesgo son consecuencia de los déficits en los conocimientos y de las creencias erróneas o inexactas sobre la sexualidad o el sida. Los adolescentes suelen plantear en el aula cuestiones que corroboran esta idea, por ejemplo: "¿Es verdad que la primera vez que se hace el amo la chica no puede quedarse embarazada?"

- **Percepción normativa.**

Este concepto hace referencia a lo que un sujeto cree que piensan y hacen el resto de individuos semejantes a él. En el caso de los adolescentes y las conductas de protección frente al sida, un individuo que se plantea si su edad es idónea para tener una primera relación sexual se preguntaría: "¿Qué opina la mayoría de mis amigos sobre mantener relaciones sexuales a mi edad?".

- **Percepción de riesgo.**

Aunque en menor medida, el SIDA continúa percibiéndose como una enfermedad marginal. Por tanto, los adolescentes que no se vean en riesgo de contraer el VIH probablemente no atenderán a la información que llegue hasta ellos a través de campañas o programas escolares.

- **Percepción de la gravedad de la enfermedad.**

Tal y como postula el modelo de creencias de salud, es más probable que el adolescente evite comportamientos de riesgo si el balance entre el esfuerzo y las consecuencias de su conducta se decanta hacia la toma de medidas de protección. La gravedad de las consecuencias, en este caso la enfermedad, es un factor de peso a la hora de valorar costes y beneficios.

- **Percepción de la capacidad para adoptar conductas protectoras.**

La adopción de medidas preventivas pasa porque los adolescentes se auto-perciban competentes para seguirlas. En este sentido, es importante cómo atribuye cada persona las causas de la infección: si un individuo explica el hecho de infectarse como un caso de mala suerte, poco puede hacer para salir airoso de una situación de riesgo. Se trata pues, de llegar a que el adolescente perciba que las consecuencias dependen de sus propios comportamientos y no de factores externos.

- **Nivel de preocupación.**

Según Bimbela y Gómez (1994) analizan la conveniencia de recurrir al miedo para prevenir las conductas de riesgo sexual. Los mensajes basados exclusivamente en el miedo consiguen aumentar el nivel de preocupación de aquéllos que no se encuentran en riesgo, mientras que los sujetos que sí lo están tienden a la negación de dicho riesgo. Es conveniente, por tanto, un equilibro entre la activación del miedo y la información constructiva.

- **Percepción de que los cambios conductuales reducirán los riesgos.**

Para establecer esa relación entre comportamiento y reducción de riesgos, la información sobre los métodos preventivos debe ser coherente. El adolescente necesita garantías de que su comportamiento seguro (que implica ciertos costes inmediatos, mientras que los beneficios son a largo plazo) le va a proporcionar las consecuencias positivas deseadas. En ocasiones, los mensajes que recibe el sujeto son contradictorios. Por ejemplo, por un lado aparecen eslóganes que animan a usar siempre el preservativo, mientras que por otro lado surgen voces poniendo en duda la eficacia del profiláctico para evitar la transmisión del VIH.

Variable actitudinales.

Las actitudes no garantizan la realización final de una conducta, pero sí predicen una mayor probabilidad de aparición. Así, el hecho de que un adolescente decida mantener únicamente relaciones sexuales seguras, no es garantía de que finalmente se comporte así.

Variables conductuales

- **Consumo de alcohol y otras drogas.**

El consumo de drogas puede provocar una disminución en la percepción del riesgo, una sobrevaloración de las propias capacidades y un sentimiento de invulnerabilidad. En algunos estudios como los propuestos por O'Hara (citado por Cabrera 2012, p.14), se ha hallado que hasta el 86 % de los sujetos habían mantenido relaciones sexuales sin protección, estaban bajo los efectos del alcohol y con respecto al consumo de otras sustancias, casi un tercio realizó conductas de riesgo después de consumir marihuana.

- **Variedad de parejas.**

Existe una relación positiva entre el riesgo de infectarse con el virus del sida y el número de compañeros sexuales. Sin embargo, limitar el número de parejas sexuales, o tener solamente una, no garantiza estar protegido frente al VIH, a menos que al inicio de la relación ambos sean seronegativos y se mantengan fieles a su pareja.

- **Utilización adecuada del preservativo.**

El correcto uso del preservativo determina su eficacia como barrera frente al VIH. El reducido margen de fallo de este método anticonceptivo se debe en gran medida a su utilización inadecuada. La habilidad de emplear de forma correcta el preservativo de látex se puede aprender fácilmente, observando y practicando con prótesis.

- **Habilidad para solicitar sexo seguro a la pareja.**

Consiste en la capacidad para plantear eficazmente el uso de preservativo o realizar sexo seguro, y mantener a la vez una relación positiva con la pareja. Según se ha

observado, no existen diferencias entre chicas y chicos en las habilidades de negociación sexual (Rotheram-Borus et al., 1999).

- **Asertividad ante las situaciones de sexo no seguro.**

Se trata de la habilidad de decir "no" en caso de que la pareja ejerza presión para mantener una relación sin protección. Esta conducta es más improbable en el caso de los chicos (Murphy et al. 1998).

- **Acceso a métodos de prevención.**

La accesibilidad supone la existencia de medios (informativos o materiales) en el entorno próximo del adolescente y que su disponibilidad sea sencilla. En el caso del preservativo, en la medida que pueda adquirirse en más lugares, y que su compra no suponga una barrera para el joven, será más probable que finalmente lo adquiera.

Otras variables

- **Diferencias de género.**

No se puede considerar en sí misma una variable determinante, se han estudiado las diferencias entre chicos y chicas adolescentes distintos aspectos relacionados con las prácticas sexuales de riesgo. Por ejemplo, se ha encontrado que las chicas se consideran más competentes para mantener sexo seguro que los varones. De igual modo, en las sesiones de representación de papeles, se observa que las chicas tienen más facilidad para decir "no" a las relaciones sexuales de riesgo que los chicos (Murphy, et al., 1998).

- **Creencias religiosas.**

Para Zaleski y Schiaffino (2000), encuentran una relación negativa entre las creencias religiosas, la frecuencia de relaciones sexuales y el uso de preservativos. Según estos autores, las creencias religiosas pueden retrasar la actividad sexual en los adolescentes, lo cual sería positivo para evitar riesgos de enfermedades, pero en cambio no servirían para proteger a los estudiantes que ya son sexualmente activos y que no emplean preservativo.

Metodología del desarrollo del tema:

Dinámica: Juego del riesgo.

Objetivo:

Materiales: Tres cartones con las palabras “ALTO RIESGO”, otro con “BAJO RIESGO” y el último con “NINGÚN RIESGO”, cartulinas de diversos colores, marcadores.

Proceso: Crear los cartones y hacer una línea en el suelo, luego colocar el cartón de “ALTO RIESGO” en una de las puntas de la línea, el de “NINGÚN RIESGO” en la otra y el cartón de “BAJO RIESGO” en el medio. Dividir al grupo de participantes, posterior a una reflexión, deberán colocar las cartulinas con las frases de acuerdo al nivel de riesgo que ellos crean conveniente. Cada vez que un subgrupo coloca un cartón en la caja, deberá leer en voz alta lo que dice el cartón y verificar con el responsable si la frase escrita está en la caja correcta. (ver Anexo 5)

4.- Evaluación del taller: Se aplica la evaluación del taller. (ver Anexo1)

5.- Cierre.- Se reitera el agradecimiento por la asistencia, además se realiza la despedida y se invita al próximo taller.

MATRIZ DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Taller Nº4 ¿Qué son las conductas de riesgo en la sexualidad de los adolescentes?

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío" N° 2.

LUGAR: Sala de profesores de la Institución. **HORARIO:** 18:30 a 20H00. **FECHA:** Martes 16 de junio de 2015.

PARTICIPANTES: Padres, madres o representantes de los 36 estudiantes de los novenos años paralelos "A" y "B".

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIALES Y RECURSOS
¿Qué son las conductas de riesgo en la sexualidad de los adolescentes?	Conocer las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes para desarrollar vínculos afectivos y la capacidad de la asertividad en el ámbito de la sexualidad.	Saludo de bienvenida	Una vez ingresados los padres de familia se les da un saludo y un agradecimiento por su presencia.	10 minutos	-Cuadernillo con los talleres
		Dinámica de distensión.	**Nombre:** El motín de esquilache. **Desarrollo:** La mitad de las personas que juegan llevará un pañuelo colgando de la cintura por la parte de atrás sujeto al cinto o pillado en el pantalón. Las que no tienen pañuelo corren a coger uno. Si lo consiguen se lo ponen en su propia cintura. Las que tienen pañuelo corren para que no se lo quiten. Analizamos lo que sucedió y cómo nos hemos sentido.	10 minutos	-Pañuelos -Participantes
		Dinámica de sensibilización	**Nombre:** Juego de muñecos. **Desarrollo:** Se divide al grupo en dos subgrupos, posteriormente ellos compartirán información de cómo creen que sus hijos (as) reaccionarían el hipotético caso que su pareja les pida mantener relaciones sexuales, Luego pasarán las dos parejas y por medio de los muñecos tratarán de recrear la situación de riesgo sexual. Está dinámica sirve para proyectar la información que poseen los padres acerca de las conductas de riesgo en el ámbito de la sexualidad, ayudándoles a despejar sus dudas en este tema.	20 minutos	-Cuatro muñecos. -Participantes
		Eje temático.	Explicación y trabajo grupal para abordar el tema**: ¿Qué son las conductas de riesgo en la sexualidad de los adolescentes?** **Dinámica:** Caja de riesgos. **Metodología del desarrollo del tema:** Crear los cartones con las leyendas "ALTO RIESGO", "NINGÚN RIESGO", "BAJO RIESGO" en el medio. Dividir al grupo de participantes, posterior a un reflexión deberán colocar las cartulinas con las frases de acuerdo al nivel de riesgo que ellos crean conveniente. Cada vez que un subgrupo coloca un cartón en la caja, deberá leer en voz alta lo que dice el cartón y verificar con el responsable si la frase escrita está en la caja correcta.	40 minutos	- Participantes
		Evaluación	Aplicación de la evaluación.	8 minutos	-Fotocopias -Participantes
		Cierre	Despedida e invitación al próximo taller.	2 minutos	-Responsable.

Taller Nº 5: "Consecuencias de las conductas sexuales irresponsables"

Tema: Embarazos no deseados durante la adolescencia, ITS y SIDA.

Lugar: Sala de profesores de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2".

Fecha: Jueves 18 de junio del 2015.

Hora: de 18h30 a 20:00.

Responsable: Carlos Damián Muñoz León.

Objetivo: Describir las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia para disminuir la posibilidad de embarazos no planificados, ITS y SIDA.

Introducción:

Mediante la ejecución de este taller se se expondrán las principales consecuencias de practicar conductas sexuales de riesgo, entre ellas: embarazos no deseados durante la adolescencia, ITS y SIDA.

Dinámica de distensión:

Nombre: MAR , MUR.

Materiales: Vendas, participantes.

Desarrollo:

Una persona hace de murciélago y otra de mariposa se mueven con los ojos cerrados; el murciélago tratando de cazar a la mariposa y la mariposa de esquivarle. El murciélago si no sabe dónde está la mariposa emite el sonido "mar" a lo que la mariposa tiene que contestar "mur", lo que le permite orientarse por el sonido. Las demás personas forman un círculo, en silencio relativo, para delimitar el espacio donde se puede mover la mariposa y el murciélago. Al final del juego, después de que hayan participado varias parejas voluntarias comentamos cómo nos hemos sentido. Los ojos tapados habrán producido distintas sensaciones a las personas que han hecho de murciélago y mariposa y será bueno comentarlo. Sería oportuno también escuchar las opiniones de la gente que no ha querido salir. ¿Por qué no lo han querido hacer?

Desarrollo del taller:

1.- Presentación y saludo de bienvenida.

2.- Dinámica de ambientación:

Nombre: Dramatización o role-playing.

Materiales: Participantes.

Desarrollo: Se piden voluntarios/as para representar una historia. Es importante que los roles estén bien repartidos y que puedan ser intercambiables. También hemos de procurar adaptarlos a las circunstancias y el entorno del grupo en cuestión, que los personajes de una manera u otra les puedan resultar cercanos. A aquellos que representarán las escenas, se les explica el marco general de la historia que deben interpretar. A cada uno en particular se le explican las características del personaje: hablador, callado, impulsivo, conservador, cerrado, amable.

Ejemplo: - Un niño o niña le pregunta a sus padres, ¿qué ha hecho la gente que tiene Sida?

Este instrumento permite la empatía y la vivencia de situaciones próximas al chico o chica. Suele resultar divertido y motivador, permite

3.-Desarrollo del tema:

Consecuencias de las conductas sexuales irresponsables

Consecuencias de la conducta sexual de riesgo durante la adolescencia.- Entre las principales consecuencias de practicar conductas sexuales irresponsables tenemos: Embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual (ITS) y SIDA.

Embarazo no deseado durante la adolescencia

El embarazo durante la adolescencia constituye una serie de consecuencias orgánicas tanto para la madre como para su hij(a), además de psicológicas y socioeconómicas, también provocaría un retraso o estancamiento en sus estudios, afectando completamente su desarrollo normal.

Consecuencias del embarazo adolescente.

El inicio precoz de las relaciones sexuales es alarmante al igual que el embarazo no deseado en adolescentes; lo que ha implicado que en este grupo etario se presenten una serie de consecuencias.

- **Para la madre.**

Se completan desde el conocimiento del embarazo y se lo divide en algunas partes:

1.- Consecuencias iniciales (Confirmación del embarazo): Cuando la adolescente conoce que está embarazada se enfrenta a un gran impacto psicológico, poniéndose de manifiesto el miedo, el estrés, ansiedad y múltiples dudas; cómo actuar ante tal situación, como reaccionara su pareja, sus padres y cómo será su futuro en adelante. Siendo así que la adolescente no dispone de estrategias adecuadas de afrontamiento y resolución de este tipo de problemas.

2. Consecuencias a corto y mediano plazo: Son los efectos del embarazo desde la fecundación hasta la concepción o aborto.

Continuar el embarazo

Al decidir continuar con el embarazo, puede estar expuesta a varias consecuencias tales como: consecuencias orgánicas, psicológicas, sociales, económicas y educativas, grandes posibilidades de enfrentar un nuevo embarazo.

- **Consecuencias orgánicas.-** Durante la gestación, el parto y el posparto pueden afectar a la madre y al hijo, siendo así considerados por la OMS como embarazos de alto riesgo. Dentro de las consecuencias orgánicas pueden nombrarse la desnutrición materna que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, otro riesgo es la ganancia insuficiente de peso durante el embarazo. Además muchos autores consideran que la anemia y el síndrome hipertensivo son comunes en las gestantes adolescentes. Además, las adolescentes embarazadas tienen más probabilidades de tener un aborto espontáneo o inducido, consecuencia generalmente de un embarazo no deseado.

- **Consecuencias psicológicas.-** La madre adolescente a más de asumir los roles de un adulto, específicamente la maternidad, para los cuales psicológicamente no está preparada por seguir siendo una niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto en la primera adolescencia o imaginar un matrimonio son grandes pasos los cuales provocan frustración en sus expectativas de futuro. Algunos autores afirman que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un "síndrome de fracaso", ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, terminar su educación, establecer una vocación y conseguir ser independiente.

- **Consecuencias educativas, socio-económicas.-** La deserción escolar es una de las principales complicaciones sociales, en algunos estudios las adolescentes atribuyen que la vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo como el parto prematuro y la preclamsia son las razones que no les permiten continuar con sus estudios. Como también las posibilidades de conseguir una buena formación se ven disminuidas por la existencia de los problemas escolares, bajo rendimiento académico, dificultad para la inserción en el mundo laboral, reduce las posibilidades de conseguir ingresos suficientes, acarreando con ello consecuencias socio-económicas.

El sida y otras enfermedades de transmisión sexual.

- **SIDA**

Por su gravedad se la define primero, pues constituye el principal riesgo presente en los adolescentes, es una enfermedad infecciosa, causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que se transmite por vía sexual, a través de la sangre o de la madre al feto, y que hace disminuir las defensas naturales del organismo hasta llegar a su completa desaparición.

Infecciones de transmisión sexual.

- **Infección por clamidia.**

Esta infección es ahora la más común de todas las de todas las enfermedades de transmisión sexual, es bacteriana y causa una secreción genital anormal y ardor al orinar.

- **Herpes genital**

La infección por herpes es causada por el virus del herpes simplex (VHS). Los síntomas principales de una infección por herpes son ampollas dolorosas en el área genital. Estas pueden provocar una sensación de comezón o picor en las piernas, nalgas o región genital.

- **Verrugas genitales**

Las verrugas genitales (también llamadas verrugas venéreas) son causadas por el virus del papiloma humano o VPH, un virus muy relacionado al virus que causa las verrugas en la piel.

- **Gonorrea**

Los síntomas más importantes de la gonorrea son una secreción de la vagina o pene y dolor o dificultad al orinar. Las complicaciones más serias y comunes de la gonorrea generalmente ocurren en las mujeres. Estas complicaciones incluyen la enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico e infertilidad.

- **Sífilis**

Los primeros síntomas de la sífilis pueden no ser detectados debido a que son muy leves y desaparecen. Lo primero que aparece es una lesión llamada "chancro". Esta lesión no produce dolor y es como una llaga en el pene o en la vagina o alrededor de la vagina. También puede ocurrir cerca de la boca, ano o manos. Si la sífilis no se trata, puede avanzar a etapas más avanzadas incluyendo una erupción o rash y eventualmente complicaciones del corazón y sistema nervioso central. La penicilina sigue siendo el tratamiento más efectivo para tratar la sífilis.

Metodología del desarrollo del tema: Presentación de diapositivas sobre las principales infecciones de transmisión sexual.

Materiales: Computador, proyector, participantes, responsable.

Proceso: Se proyectarán las diapositivas con información acerca de los síntomas y características de las infecciones de transmisión sexual. (ver Anexo 6)

Lectura de reflexión: La rosa negra.

Trabajo en grupos: Dividir a los participantes en 4 grupos, después analizan el tema impartido, luego cada padre de familia escriben un mensaje en un papel sobre ¿Qué harían para que sus hijos no tengan ITS?

El objetivo es reflexionar, sensibilizar y concienciar sobre las ITS y la educación sexual impartida en el hogar.

4.- Evaluación del taller: Se aplica la evaluación del taller. (ver Anexo 1)

5.- Cierre.- Se reitera el agradecimiento por la asistencia, además se realiza la despedida y se invita al próximo taller.

MATRIZ DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Taller Nº5 "Consecuencias de las conductas sexuales irresponsables"

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío" N° 2.
LUGAR: Sala de profesores de la Institución **HORARIO:** 18:30 a 20H00. **FECHA:** Jueves 18 de junio del 2015.
PARTICIPANTES: Padres, madres o representantes de los 36 estudiantes de los novenos años paralelos "A" y "B".
RESPONSABLE: Carlos Damián Muñoz León.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIALES Y RECURSOS
Consecuencias de las conductas sexuales irresponsables	Describir las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia para disminuir la posibilidad de embarazos no planificados, ITS y SIDA.	Presentación y saludo de bienvenida	Mediante la ejecución de este taller se expondrán las principales consecuencias de practicar conductas sexuales de riesgo, entre ellas: embarazos no deseados durante la adolescencia, ITS y SIDA.	10 minutos	-Cuadernillo con los talleres
		Dinámica de distensión.	**Nombre:** MAR- MUR. **Desarrollo:** Una persona hace de murciélago y otra de mariposa se mueven con los ojos cerrados; el murciélago tratando de cazar a la mariposa y la mariposa de esquivarle. El murciélago si no sabe dónde está la mariposa emite el sonido "mar" a lo que la mariposa tiene que contestar "mur", lo que le permite orientarse por el sonido. Las demás personas forman un círculo, en silencio relativo, para delimitar el espacio donde se puede mover la mariposa y el murciélago. Al final del juego, después de que hayan participado varias parejas voluntarias comentamos cómo nos hemos sentido.	15 minutos	-Participantes -Vendas.
		Dinámica de sensibilización	**Nombre:** Dramatización o role-playing **Desarrollo:** Se piden voluntarios/as para representar una historia. A cada uno en particular se le explican las características del personaje: hablador, callado, impulsivo, conservador, cerrado, amable. Ejemplo: - Un niño o niña le pregunta a sus padres, ¿qué ha hecho la gente que tiene Sida?	15 minutos	-Dos flores -Participantes.
		Eje temático.	**Metodología del desarrollo del tema: Presentación en Power Point** **Desarrollo:** Se proyectarán diapositivas con el contenido de las consecuencias de llevar una vida sexual irresponsable. Lectura de reflexión la rosa negra: trabajo grupal sobre las ITS en la vida propia y n la de los hijos	40 minutos	-Participantes -Proyector -Responsable
		Evaluación	Aplicación de la evaluación.	8 minutos	-Participantes. -Fotocopias.
		Cierre	Despedida e invitación al próximo taller.	2 minutos	-Responsable.

Taller Nº 6: ¿Entonces qué hacer con la conducta sexual de los hijos?

Tema: Protección individual, familiar y social contra el riesgo sexual.

Objetivo: Describir la importancia de los tipos de protección individual, familiar y social para disminuir riesgo sexual en la adolescencia.

Fecha: Viernes 19 de junio del 2015.

Horario: de 18h30 a 20h00.

Responsable: Carlos Damián Muñoz León.

Introducción: Mediante la ejecución de este taller se describirá como influye en el adolescente la información brindada por los diversos agentes (padres, hermanos, amigos, docentes, entre otros), en lo que respecta a educación sexual, constituyéndose la "herramienta principal" para formar modelos que se basen en una conducta y comportamiento sexual responsable.

Dinámica de distensión:

Nombre: ¿Dónde están las llaves?

Materiales: Juego de llaves, vendas.

Desarrollo: Nos colocamos en círculo.

Dos personas han de pasar al centro. Una de ellas, hace ruido con unas llaves en la mano.

Después la otra persona, con los ojos tapados ha de "cazarla" sin que ninguna de ellas abandone el círculo.

Repetimos la "caza" con todas las personas que deseen pasar al centro a intentarlo. Pretendemos divertirnos y al mismo tiempo ser capaces de controlar el nivel de ruido que producimos cuando nos lo estamos pasando bien.

Si hay demasiado alboroto, además de molestar al resto de clases que puedan necesitar concentración en ese momento, estaremos impidiendo que la persona que tiene los ojos tapados pueda oír el ruidito de las llaves.

Desarrollo del tema:

1. Presentación.

Al llegar al salón de clases el responsable del programa realiza un saludo cordial, agradece por la asistencia y posteriormente explica la temática a tratarse durante el taller.

2. Dinámica de sensibilización

Nombre: ¿Qué pienso sobre……?

Materiales y recursos: hojas de papel bond, marcadores, participantes.

Desarrollo: En las hojas de papel bond, se escriben diferentes frases sobre protección sexual, después las hojas con las distintas frases se presentarán a los participantes finalmente los participantes darán su opinión o postura frente a cada frase sobre sexualidad.

Ejemplos de frases a escribirse en las hojas:

- ✓ ¿Mi hijo (a) prefiere hablar sobre sexo con sus amigos (as)?
- ✓ ¿Necesito hablar sobre sexualidad con mi hijo (a)?
- ✓ ¿Es bueno que hable con hijo (a) sobre métodos anticonceptivos?
- ✓ ¿Espero que mi esposo (a) hable con mi hijo (a) sobre sexo?
- ✓ ¿Es conveniente que ahora se distribuyan preservativos gratuitamente?

3.- Desarrollo del tema del taller:

Se explicarán temas relacionados con la protección familiar, social e individual contra el riesgo sexual en la adolescencia.

Riesgo sexual

Con respecto a al riesgo sexual Haase (como se citó en Castillo y Benavides, 2012), mencionan que durante la adolescencia, los cambios psicológicos afectan el contenido de los pensamientos por lo que su capacidad de abstracción causa que el adolescente vea la vida de manera fantasiosa, con pensamientos como “a mí nunca me va a pasar eso”.

En este sentido, Taylor-Seehafer y Rew (2000) refieren que durante la adolescencia los procesos cognitivos se modifican significativamente. Para predecir las consecuencias de las acciones, y para comprender el contexto social de las conductas, es necesario el desarrollo de la capacidad de razonar de manera abstracta. Los adolescentes que están pensando en un nivel preoperacional pueden verse a sí mismos como invulnerables y tener una visión optimista de los riesgos; en este sentido, el adolescente considera que puede pasarle a otros, pero a él no. Los cambios psicológicos de la pubertad y la menarquía son factores importantes que afectan el comportamiento de los adolescentes, de esta manera se sienten motivados a involucrarse en comportamientos sexuales de riesgo que incluyen la necesidad de pertenecer a un grupo, el deseo, la pasión y la curiosidad, así como la necesidad de desarrollar una identidad personal.

Uno de los tipos de afrontamiento defensivo más utilizado por los adolescentes es el evasivo, el cual impide que enfrente un problema o reflexione sobre él. Los adolescentes buscan reducir el estrés emocional asociado a la situación sexual a través del uso de estrategias de afrontamiento defensivo, estas no permiten oponerse de manera asertiva a una relación sexual sin protección.

Para el presente estudio el afrontamiento defensivo al riesgo sexual es el empleo de estrategias de evasión, fatalistas y emotivas que le impiden al adolescente identificar el riesgo sexual y tomar decisiones seguras sobre su conducta sexual.

- **Protección familiar contra el riesgo sexual**

Para Haase (citado por Castillo & Benavides, 2012), la protección familiar integra los componentes de protección que se encuentran dentro y fuera de la familia. En el caso del presente estudio se manejará como la protección familiar contra el riesgo sexual que se traduce en apoyo familiar para la conducta sexual segura (CSS). (p. 175).

La protección de la familia es una fuente importante de apoyo contra problemas psicosociales para que el adolescente practique conductas sexuales seguras, ya que esta es culturalmente vista como apoyo. La red familiar se conforma de las personas íntimamente relacionadas en una familia nuclear. En situaciones de crisis y de riesgo los miembros de la familia dependen en gran medida de su red de apoyo. En este sentido, Marsiglia, Nieri y Rubin (2006) refieren que el monitoreo de padres es un elemento

clave para que el adolescente practique conductas sexuales saludables. Asimismo, mencionan que en las familias donde existe una relación positiva entre padres e hijos, y se discuten temas relacionados con sexo seguro, el adolescente tiene menos posibilidades de verse involucrado en situaciones de riesgo sexual. El constante apoyo familiar representa un modo ininterrumpido de estímulo protector, así como el control efectivo ejercido por los padres. Para el presente estudio se considerarán como apoyo familiar para la conducta sexual segura las relaciones afectivas de protección y cuidado que brindan los miembros de la familia para favorecer en el adolescente la práctica de conductas sexuales seguras.

- **Protección social contra el riesgo sexual**

El concepto de protección social contra el riesgo sexual, es la medida en que los individuos perciben que sus necesidades de apoyo, información y retroalimentación son cumplidas por los amigos y el proveedor de salud. En este estudio se manejará dicho concepto, que incluirá el apoyo social para la conducta sexual segura. Para Rosario et al. (2008), definen al apoyo social como la percepción que tiene el adolescente en relación con la ayuda proporcionada por otras personas, que puede ser emocional, de información o de asistencia.

La protección social es uno de los recursos externos considerados de suma importancia por su efecto positivo en la salud. Las personas que presentan mayor protección social tienen menos problemas físicos y psicológicos, y contrarrestan mejor el estrés. Además, Haase (2004), menciona que el adolescente tiene la capacidad de mantener la relación entre sus pares, las relaciones escolares y las relaciones con las redes sociales para conseguir resultados positivos y reducir o evitar los resultados negativos. Por ello Cardozo y Alderete (2009), refieren que el apoyo social es un factor protector relacionado con los recursos que posee el adolescente que le permite hacer frente a una amplia gama de adversidades. Dentro de estos recursos se encuentran las personas del entorno en quienes el adolescente puede confiar, y que a su vez le establecen límites y le enseñan la forma de evitar los problemas. En este sentido, las personas significativas le instruyen la manera correcta de proceder, de desenvolverse solo, y le ayudan a enfrentar situaciones de peligro.

- **Protección individual contra el riesgo sexual**

Según Haase (como se citó en Castillo y Benavides, 2012) refiere que la protección individual incluye los recursos que la persona utiliza para modificar los resultados adversos y hacer que ocurra la resiliencia; a partir de este concepto se propone el de protección individual contra el riesgo sexual. Otros aportes como el de Rutter (1999), refiere que los recursos son contextuales y varían de un individuo a otro; sin embargo, dependiendo de la situación de riesgo los recursos utilizados en cada individuo son diferentes de acuerdo con la circunstancia, También algunos investigadores refieren que la persona, al identificar el riesgo, utiliza los factores de protección internos para llegar a la recuperación, estos factores permiten amortiguar las consecuencias de los peligros e interrumpen la cadena causa y efecto bloqueando los resultados negativos. La experiencia previa del individuo con el riesgo o la situación estresante influye de manera directa en los recursos disponibles que emplea como protectores modificando la respuesta de la persona en un sentido más adaptativo que el esperable. Por su parte, Lázarus y Folkman (1986), consideran que ante situaciones de amenaza o de riesgo la persona utiliza estrategias positivas para manejarlas que se pueden orientar tanto al dominio de la situación, como para evitarla o minimizarla; estas se conocen como estrategias de afrontamiento positivo. Adicionalmente los autores Taylor-Seehafer y Rew (2000) refieren que los factores protectores que contribuyen a disminuir la conducta sexual de riesgo son: los conocimientos sobre sexualidad, la autoestima y la autoeficacia. De acuerdo con lo anterior, en la presente teoría de rango medio los factores protectores son considerados como amortiguadores del impacto de las conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA, e incluyen el afrontamiento positivo del riesgo sexual, el conocimiento sobre VIH/SIDA, la autoestima y la autoeficacia para la conducta sexual segura.

A continuación se describen cada uno de estos factores. El afrontamiento positivo es una estrategia utilizada por la persona para eliminar, reducir o tolerar el estrés o el riesgo. Lindqvist, Carlsson y Sjödén (citado por Castillo & Benavides, 2012) mencionan que existen cinco estilos de afrontamiento que son empleados por la persona para enfrentar el estrés:

- El optimista, se caracteriza por el mantenimiento de actitudes positivas acerca del problema.
- El confrontativo, utiliza el enfrentamiento y la confrontación para solucionar los problemas; 3) El de apoyo, maneja los sistemas personales, profesionales o espirituales de enfrentamiento.
- El autosuficiente, depende de la persona más que de otros para resolver el problema.
- El paliativo, incluye realizar otras actividades para sentirse mejor. (Jalowiec, 2003, p. 175).

Los adolescentes pueden utilizar estos estilos de afrontamiento positivo para contrarrestar los efectos negativos del riesgo sexual y poder manejar con seguridad el estrés producido por los cambios de la adolescencia permitiéndole de esta manera tomar decisiones sobre sexo seguro.

El afrontamiento positivo del riesgo sexual es el empleo de las estrategias optimistas, confrontativas, de apoyo, autosuficiencia y paliativas que permiten que el adolescente evite conductas sexuales de riesgo. Otro factor de protección personal es el conocimiento sobre VIH/SIDA, para Bogart, Cecil y Pinkerton (2000) consideran que los niveles moderados y altos de conocimiento que la persona posee sobre esta enfermedad le proporcionan un medio de protección para evitar conductas sexuales de riesgo ya que le permiten decidir la mejor forma de protegerse. Es importante que la información sea variada y suficiente para que pueda tomar una decisión sobre su conducta sexual. Por su parte, Givaudan y Pick (2005), reportan que los adolescentes que no poseen los conocimientos necesarios sobre el VIH/SIDA y sus formas de prevención tendrán menos probabilidades de utilizar un condón en la primera relación sexual en comparación con los adolescentes que tienen este conocimiento.

Metodología del desarrollo del tema:

Nombre: Collage.

Materiales: Cartulinas, marcadores, goma en barra, recortes de periódicos, revistas, entre otros.

Desarrollo: Se colocarán tres pliegos de diferentes colores en la pizarra, con los siguientes títulos: “Protección social”; “Protección familiar” y “Protección individual”. Posteriormente dividirán al grupo de participantes en tres subgrupos, luego se repartirán diferentes recortes con imágenes y frases relacionadas con la sexualidad adolescente, pidiéndoles que escojan el gráfico de acuerdo al grupo que pertenecen.

Después de haber escogido los diferentes recortes los participantes de cada subgrupo mostrarán al responsable los gráficos y frases que escogieron y explicarán la razón de su decisión. Posteriormente, el responsable explicará y relacionará el recorte con los factores de protección contra el riesgo sexual individual, social y familiar (dependiendo del caso), finalmente se pegarán las frases e imágenes en la cartulina. (ver Anexo 6)

4.- Evaluación del taller: Se aplica la evaluación del taller. (ver Anexo 1)

5.- Cierre.- Se reitera el agradecimiento por la asistencia, además se realiza la despedida y se invita al último taller del Programa de Educación Sexual Familiar.

MATRIZ DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Taller Nº 6: ¿Entonces qué hacer con la conducta sexual de los hijos?

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío" N° 2.

LUGAR: Sala de profesores de la Institución. **HORARIO:** 18:30 a 20H00. **FECHA:** Viernes 19 de junio de 2015.

PARTICIPANTES: Padres, madres o representantes de los 36 estudiantes de los novenos años paralelos "A" y "B".

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIALES Y RECURSOS
Protección individual, familiar y social contra el riesgo sexual.	Describir la importancia de los tipos de protección individual, familiar y social para disminuir riesgo sexual en la adolescencia.	Saludo de bienvenida	Una vez ingresados los padres de familia se les da un saludo y agradecimiento por su presencia.	10 minutos	-Cuadernillo con los talleres
		Dinámica de distensión.	**Nombre:** ¿Dónde están las llaves? **Desarrollo:** Nos colocamos en círculo. Dos personas han de pasar al centro. Una de ellas, hace ruido con unas llaves en la mano. La otra, con los ojos tapados ha de "cazarla" sin que ninguna de ellas abandone el círculo. Repetimos la "caza" con todas las personas que deseen pasar al centro a intentarlo.	10 minutos	-Juego de llaves -Vendas
		Dinámica de sensibilización	**Nombre: ¿Qué pienso sobre……?** **Materiales y recursos:** hojas de papel bond, marcadores, participantes. **Desarrollo:** En las hojas de papel bond, se escriben diferentes frases sobre protección sexual, después se las presentarán a los participantes y darán su opinión o postura frente a cada frase sobre sexualidad. Ejemplo:¿Es conveniente que ahora se distribuyan preservativos gratuitamente?	20 minutos	-Participantes
		Eje temático.	Protección individual, familiar y social contra el riesgo sexual. **Metodología del desarrollo del tema: Collage.** **Desarrollo:** Se colocarán tres pliegos de cartulina de diferentes colores en la pizarra, con los siguientes títulos: "Protección social"; "Protección familiar" y "Protección individual". Posteriormente dividirán al grupo de participantes en tres subgrupos, luego se repartirán diferentes recortes con imágenes y frases relacionadas con la sexualidad adolescente, pidiéndoles que escojan el gráfico de acuerdo al grupo que pertenecen. Después de haber escogido los diferentes recortes los participantes de cada subgrupo mostrarán al responsable los gráficos y frases que escogieron y explicarán la razón de su decisión. Posteriormente el responsable explicará y relacionara el recorte con los factores de protección contra el riesgo sexual individual, social y familiar (dependiendo del caso), y se pegarán las frases e imágenes en la cartulina.	40 minutos	- Participantes
		Evaluación	Aplicación de la evaluación.	8 minutos	-Fotocopias
		Cierre	Despedida e invitación al próximo taller.	2 minutos	-Responsable.

Taller Nº 7: "Finalización"

Tema: Postest y Cierre del programa.

Lugar: Sala de profesores de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2".

Fecha: Lunes 22 de junio del 2015.

Hora: de 18h30 a 20:00.

Responsable: Carlos Damián Muñoz León.

Objetivo: Evaluar el impacto del programa de prevención de conductas de sexuales de riesgo al haber aplicado la propuesta alternativa.

Dinámica de distensión:

Nombre: Pelea de gallos.

Materiales: Hojas de papel, marcadores cinta de embalaje.

Desarrollo: Se escriben en dos hojas el nombre de dos tipos de gallos, por ejemplo: "pico rojo" y "pico fino", posteriormente se pide la colaboración de dos voluntarios y procede a pegar los papeles en sus espaldas.

Después los participantes colocarán sus brazos en la parte posterior de su cadera simulando a los gallos e intentarán ver el nombre del oponente usando movimientos rápidos, ganando el primero que logre leer el contenido de la hoja de su oponente.

1.- Saludo de bienvenida.

Se ofrecerá un saludo cordial y agradecerá por la asistencia a los diferentes talleres.

2.- Retroalimentación: El responsable realizará un resumen de los contenidos impartidos en los diferentes talleres

3.- Aplicación del postest: Se aplica el "Cuestionario análisis de la educación sexual familiar", del Dr. Leonardo Romero.

4.- Cierre.- Entrega de certificados a los participantes.

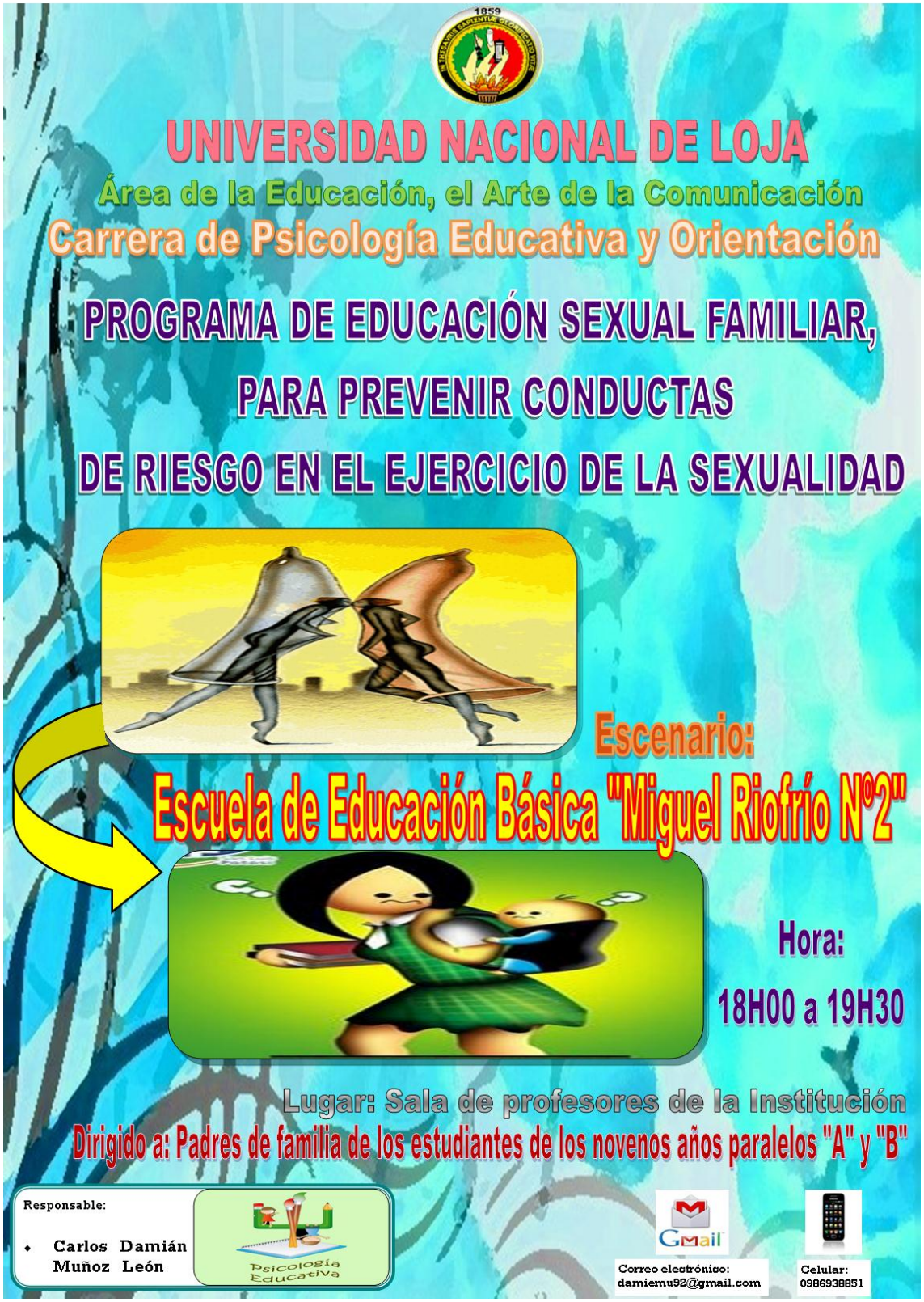
Se reitera el agradecimiento por la asistencia, enfatizando que está acción refleja la preocupación por el bienestar de sus hijos (as).

MATRIZ DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
Taller Nº7 "Finalización"

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío" N° 2.
LUGAR: Sala de profesores de la Institución **HORARIO:** 18:30 a 20H00. **FECHA:** Lunes 22 de junio del 2015.
PARTICIPANTES: Padres, madres o representantes de los 36 estudiantes de los novenos años paralelos "A" y "B".
RESPONSABLE: Carlos Damián Muñoz León.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIALES Y RECURSOS
Postest y Cierre del programa.	Evaluar el impacto del programa de prevención de conductas de sexuales de riesgo al haber aplicado la propuesta alternativa.	Saludo de bienvenida	Se ofrecerá un saludo cordial y agradecerá por la asistencia a los diferentes talleres.	10 minutos	-Responsable
		Dinámica de distensión.	**Nombre:** Pelea de gallos. **Desarrollo:** Se escriben en dos hojas el nombre de dos tipos de gallos, por ejemplo: "pico rojo" y "pico fino", posteriormente se pide la colaboración de dos voluntarios y procede a pegar los papeles en sus espaldas. Después los participantes colocaran sus brazos en la parte posterior de su cadera simulando a los gallos e intentarán ver el nombre del oponente usando movimientos rápidos, ganando el primero que logre leer el contenido de la hoja de su oponente.	20 minutos	-Participantes -Vendas. -Recompensa (premio)
		Retroalimentación	El responsable realizará un resumen de los contenidos impartidos en los diferentes talleres	20 minutos	-Responsable
		Aplicación del postest	Se aplica el "Cuestionario análisis de la educación sexual familiar", del Dr. Leonardo romero.	20 minutos	-Fotocopias -Esferos -Participantes -Responsable
		Cierre	Entrega de certificados a los participantes. Se reitera el agradecimiento por la asistencia a lo largo de la propuesta de intervención. Se expresa el compromiso de brindar ayuda profesional en el futuro.	20 minutos	-Responsable.

ANEXOS DE LA PROPUESTA ALTERNATIVA (Afiche)



Anexo (tríptico)

Taller N° 1: "Sensibilización".

Tema: Presentación del programa, aplicación del pre-test y ejercicio de sensibilización.

Taller Nº 2:

¿Cómo hablar con mi hijo(a) de sexualidad?

Tema: Actitudes de los padres y principales interrogantes para hablar de sexualidad con hijos adolescentes.

Taller N° 3: "Desarrollo psicosexual".

Tema: Características biológicas, psicológicas y sociales que se presentan en el adolescente y su inciden en su sexualidad.

Taller N° 4:

¿Qué son las conductas de riesgo en la sexualidad de los adolescentes?

Tema: Doble estándar, precocidad en mantener relaciones, promiscuidad, el petting; variables que la originan.

Taller N°5: "Consecuencias de las conductas sexuales irresponsables".

Tema: Embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual (ITS) y SIDA.

Taller N°6: ¿Entonces qué hacer con la conducta sexual de los hijos?

Tema: Protección familiar, individual y social; métodos anticonceptivos.

Taller N° 7: "Cierre"

Tema: Aplicación del postest, evaluación general y cierre del programa.

Escenario: Salón de profesores de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº2".

Horario: 18:30 a 20H00.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

Carrera de Psicología Educativa y Orientación

Programa de educación sexual familiar para prevenir conductas de riesgo en el ejercicio de la sexualidad

LUGAR: Escuela de Educación Básica Miguel Riofrío Nº 2.

DIRIGIDO A: Padres de familia de los estudiantes de los novenos años, paralelos "A" y "B"

ESTUDIANTE PROPONENTE: Carlos Damián Muñoz León

FECHA: Junio 2015

PRESENTACIÓN

En la actualidad el adolescentes en su proceso biopsicosociocultural actúan de acuerdo a vivencias y en esas experiencias pueden caer en conductas de riesgo dentro del ámbito sexual que podrían provocar daños en su salud y en la de su pareja, además constituye la principal razón para el aumento de la prevalencia de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) y SIDA. la percepción de riesgo está muy unida a los sentimientos de vulnerabilidad, el adolescentes no es consciente del riesgo, vive el "aquí" y el "ahora".

Además es necesario precisar que está problemática se presenta en la población estudiantil de la Institución, exponiendo su salud y comprometiendo su preparación académica.

Por todo lo expresado anteriormente es fundamental tomar acciones preventivas, principalmente mejorar la comunicación familiar, para poco a poco lograr una confianza filo-parental en el hogar y poder entablar conversaciones en que los padres expliquen a sus hijos (as) acerca de cómo mantener relaciones sexuales o seguras.

METODOLOGÍA

El presente programa se desarrollará a través de talleres, los mismos que brindarán información científica acerca de las conductas sexuales de los adolescentes variables que lo originan y sus consecuencias.

Se procederá de forma activa y participativa, para lograr una comprensión de contenidos de sus padres y ellos a su vez se conviertan en educadores y figuras de confianza con sus hijos (as), logrando el desarrollo integral de sus hijos

OBJETIVCOS

GENERAL :

Implementar un programa educativo-preventivo sobre conductas sexuales de riesgo en la adolescencia para prevenir consecuencias individuales y de pareja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Evaluar la amplitud de conocimientos sobre conductas sexuales de riesgo que poseen los padres de familia.

Sensibilizar a los padres de familia sobre conductas de riesgo en la sexualidad a través de la comunicación dialógica.

Describir las características biológicas, psicológicas y sociales que se presentan en el adolescente, para fomentar el autoconocimiento y su incidencia en el desarrollo sexual.

Conocer las actitudes de los padres y madres de los adolescentes para fomentar la confianza y promover el diálogo sobre sexualidad en el hogar.

Anexo1:

Evaluación del taller

1.- Encierre en un círculo el número que representa su opinión.

EVALÚE LOS SIGUIENTES ASPECTOS	**Pobre**	**Regular**	**Bueno**	**Excelente**
Formato/Agenda/Horario del Programa	**1**	**2**	**3**	**4**
Duración del Taller	**1**	**2**	**3**	**4**
Horario de Taller	**1**	**2**	**3**	**4**
Actualidad de la Información	**1**	**2**	**3**	**4**
Relevancia de la información a mis necesidades	**1**	**2**	**3**	**4**
Oportunidad para hacer preguntas	**1**	**2**	**3**	**4**
Interacción con los participantes	**1**	**2**	**3**	**4**
Conocimientos del responsable	**1**	**2**	**3**	**4**
Materiales y recursos	**1**	**2**	**3**	**4**
Aspectos culturales y sociales tomados en cuenta	**1**	**2**	**3**	**4**
Lugar y ambiente del taller	**1**	**2**	**3**	**4**

1. Describa ¿Qué fue lo que más les gustó del taller?

……
……

2. Escriba ¿Qué fue lo que menos les gustó del taller?

……
……

3. Menciones alguna(as) sugerencia(as), para optimizar el desarrollo del taller.

……
……

----------GRACIAS----------

Anexo 2: Carta del tío Jorge.

Carta del tío Jorge

Te saluda tu tío preferido.

Gracias por tu última carta, Pablo. Siempre me pongo feliz al leer tus noticias. No sé cuándo viajaré a Loja para visitarte, así es que voy a contestar algunas de tus preguntas por medio de esta carta.

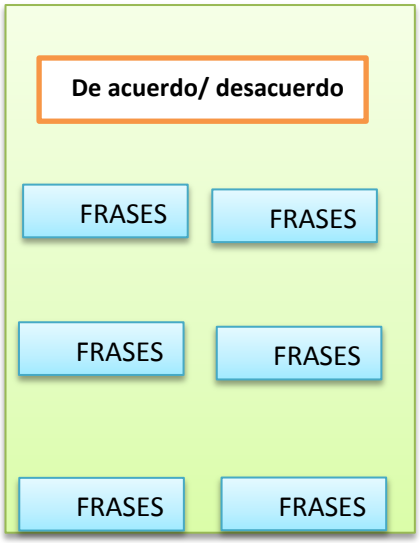
En primer lugar, "hacer el amor", es decir, tener relaciones sexuales, es una experiencia que puede dar como resultado la concepción de un niño o una niña, aunque no siempre suceda esto. El acto sexual también se hace para recibir y dar placer y afecto.

Al comienzo sentimos deseo, que es el conjunto de sensaciones que tienes cuando ves a alguien que te gusta, y te dan ganas de estar muy cerca de esta persona: ganas de estar con ella o con él, conversar, tocarse, acariciarse, besarse. Una de las formas de estar cerca es teniendo una relación sexual. Durante el acto o relación sexual, por lo general, el pene entra en la vagina de la mujer, y hay puntos muy sensibles que se rozan hasta llegar a sentir el mayor placer, llamado orgasmo, en diferentes momentos. El acto sexual no sólo implica el encuentro del pene y la vagina, sino que también es una forma particular de expresar emociones, demostrar amor; de dar y recibir placer. En cuanto a las preguntas que me haces en la carta que recibí la semana pasada, como "¿Cuándo me llegará el momento de hacer el amor y con quién…?". A eso no puedo contestarte fácilmente. Es algo que vos responderás solo, a su tiempo. Lo único que quiero decirte es que tienes que pensar muy bien en las razones por las que querrías hacer el amor, así como tendrás que prevenir las consecuencias. En todo caso, te recomiendo que esperes. ¡Hacer el amor es un acto de mucha responsabilidad para con uno mismo y para con la pareja! Si sientes deseos de tener relaciones sexuales por las influencias de la televisión o de los amigos o amigas, es importante que sepas que siempre tienes más de una opción, y que no es obligatorio tenerlas o no tenerlas.. En la mayoría de las sociedades se asocia la actividad sexual con el matrimonio, aunque en la práctica no siempre sea así. Cuando una pareja tiene relaciones sexuales, tanto el varón como la mujer deben tener presente la posibilidad de un embarazo. Y si todavía no quieren tener hijos, es indispensable que tomes las medidas de prevención necesarias, de acuerdo con sus valores.

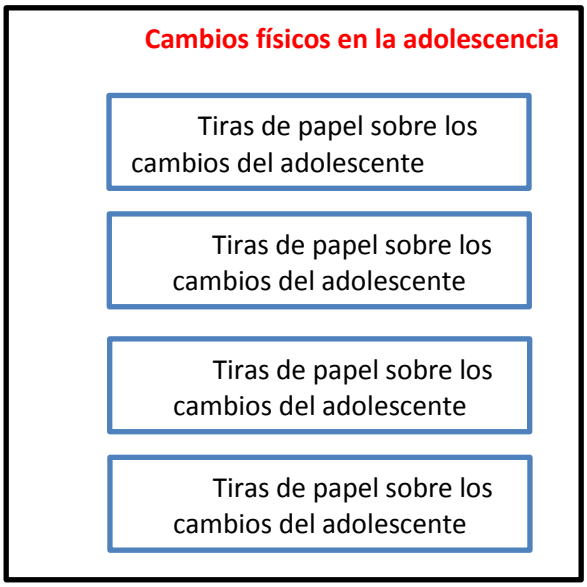
Quienes deciden tener relaciones sexuales también deben asegurarse de no recibir, por contagio, una o varias enfermedades de transmisión sexual. Hay centros de salud donde aconsejan sobre los métodos que se pueden usar para evitar los embarazos y para prevenir estas enfermedades de transmisión sexual. Bueno, Pablo, son suficientes palabras por el momento. Entiendo que puedes sentirte incómodo al tocar estos temas con tus padres pero quien mejor que ellos para preguntarles

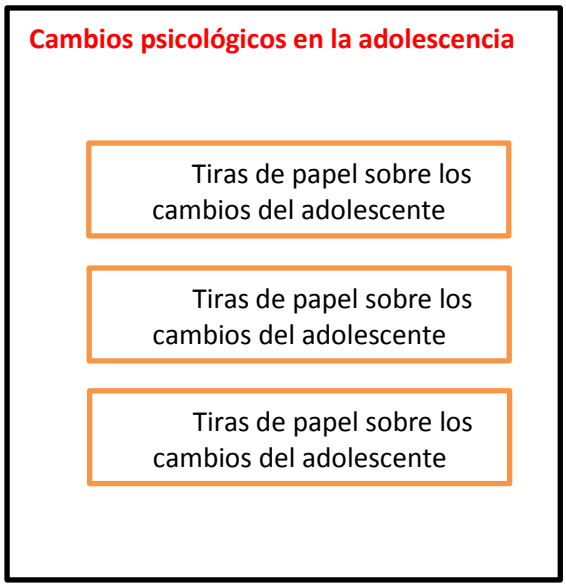
Saludos cordiales Jorge, tu tío favorito

Anexo 3: ¿Cuánto se?



Anexo 4: Los adultos y la adolescencia.





Cambios sociales en la adolescencia

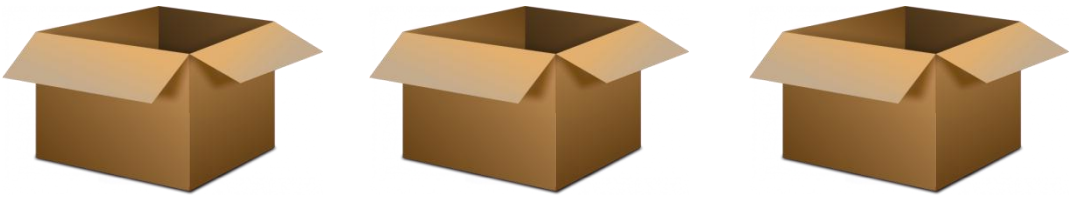
Tiras de papel sobre los cambios del adolescente

Tiras de papel sobre los cambios del adolescente

Tiras de papel sobre los cambios del adolescente

Anexo 5: Juego del riesgo.

ALTO RIESGO | **BAJO RIESGO** | **NINGÚN RIESGO**



CARTULINAS DE ACTIVIDADES

Beso en la boca

Ayudar cuando sangra la nariz

Sexo con preservativo

Recibir una transfusión de sangre

Bañarse juntos

Caricias íntimas

Tener relaciones por primera vez

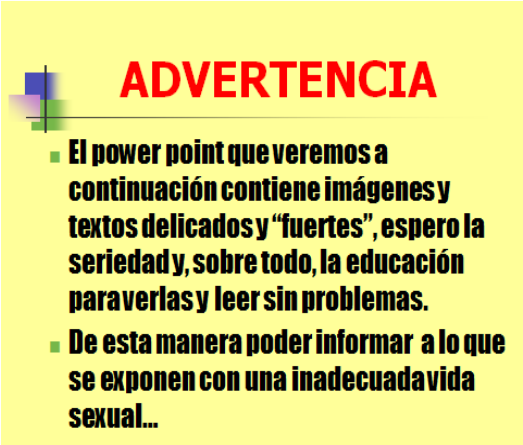
Perforar las orejas

Relaciones sexuales cuidándose con píldoras

Tatuarse

Usar jeringas ya usadas

Anexo 6: Presentación de diapositivas sobre las principales infecciones de transmisión sexual.



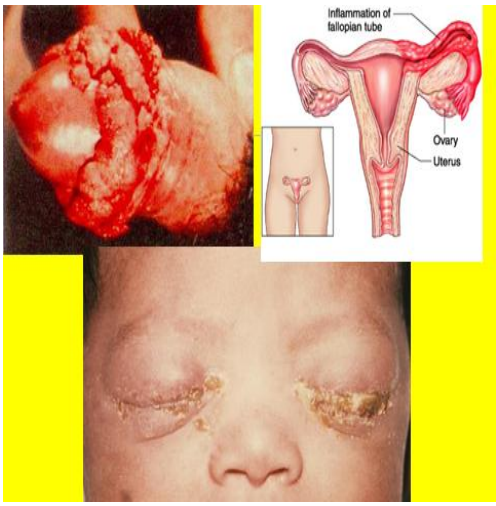
CONOZCAMOS ALGUNAS DE ESTAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS).

¿Qué son las ETS?

- Las enfermedades de transmisión sexual, también llamadas venéreas son aquellas enfermedades infecciosas que en su mayoría se contagian mediante contacto sexual. Son provocadas por virus, bacterias, hongos o protozoos.

1.- GONORREA:

- La gonorrea esta originada por una bacteria llamada *Neisseria gonorroheae.*
- Se caracteriza por un exudado purulento de color amarillo verdoso mediante la uretra, se inflaman los órganos genitales. Puede provocar esterilidad en casos más severos.



2.- SÍFILIS:

- Infección causada por la bacteria *Treponema pallidum*, puede afectar cualquier órgano o sistema.
- La bacteria, además, es capaz de atravesar la placenta por lo que la madre gestante puede transmitir la enfermedad al feto, originándose la llamada sífilis congénita.
- Aparecen lesiones en los órganos genitales e inflamación que exuda material altamente contagioso.

3.- HERPES GENITAL.

- Infección producida por el virus *Herpes simple tipo 2 (VHS-2).*
- Se presentan ampollas y granos dolorosos en la piel y las membranas genitales tanto en el hombre como en la mujer.

4.- CLAMIDIA (CERVISITIS).

- Es una inflamación del cuello uterino causada por un organismo.
- Los síntomas en las mujeres son leves, se manifiestan a través de una **secreción vaginal** y en los hombres son mas fuertes manifestando también ardor dolor y secreción amarillenta.
- Si la inflamación se descuida puede causar dolor, fiebre, aborto espontáneo y **esterilidad**.

5.- URETRITIS NO GONOCÓCICA

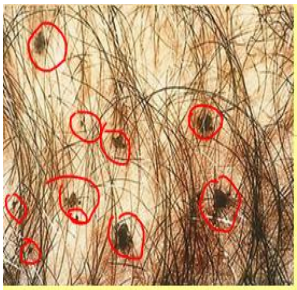
- Es una infección de la uretra en el hombre, generalmente ocasionada por la ***clamidia*** y presenta síntomas similares a la gonorrea.
- Se presenta una leve expulsión difícil, disminuida y dolorosa para orinar y secreción de pus por el pene, puede ser blanca o clara, un poco espesa.

6.- VERRUGAS VENÉREAS

- Enfermedad causada por el *virus del papiloma humano (VHP).*
- Generalmente se desarrollan en los genitales uno a tres meses después del contagio.
- Se presentan protuberancias blandas y rojizas en los genitales, a veces sangran y son dolorosas.
- En las mujeres pueden causar cáncer cervical.

7.- LADILLAS

- Las ladillas son pequeños insectos (*Pediculus pubis*), similares a los piojos, que solo infestan el vello de la región genital.
- Causan gran picazón y comezón en la zona genital y generalmente son tratados con una loción y requieren de mucho aseo en dicha zona.



8.- HEPATITIS B

- Es una inflamación del hígado.
- Se transmite por contacto sexual y por vía placentaria (de la madre al feto).
- Aunque también se transmite por sangre como transfusiones no analizadas y material quirúrgico no estéril.

9.- SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA):

- Es producida por el *Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).*
- Afecta al sistema inmunológico haciéndolo propenso a agentes infecciosos.
- También puede ser contagiado por otras vías (transfusión de sangre, jeringas, heridas, etc.)

¿Cómo prevenir el contagio de dichas enfermedades?

- **A tu edad debería ser a partir de la *abstinencia sexual.***

En edad de tener pareja y comenzar con relaciones sexuales (que son la principal forma de contagio de las ETS):

- **Conozca y limite el número de sus parejas sexuales.**
- **Cuantas más parejas sexuales tenga usted o su compañero, mayor será el riesgo de contraer una ETS.**
- **Uso de preservativo.**

Prevención embarazos: anticonceptivos.

- **Método anticonceptivo** o **método contraceptivo** es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienenrelaciones sexuales de carácter heterosexual.

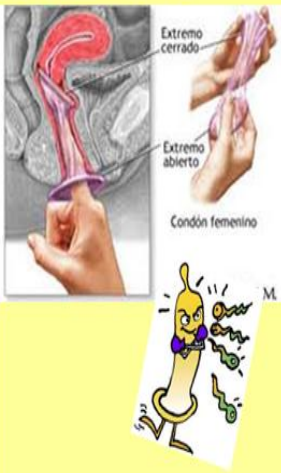
Factores que deben considerarse en la elección del método anticonceptivo

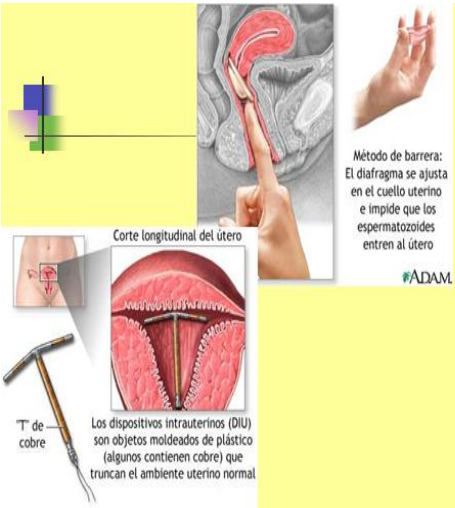
- Frecuencia de las relaciones sexuales.
- Número de parejas sexuales.
- Si se desea tener hijos (deben descartarse los métodos irreversibles).
- Eficacia de cada método en la prevención del embarazo.
- Efectos secundarios.
- Facilidad y comodidad de uso del método elegido

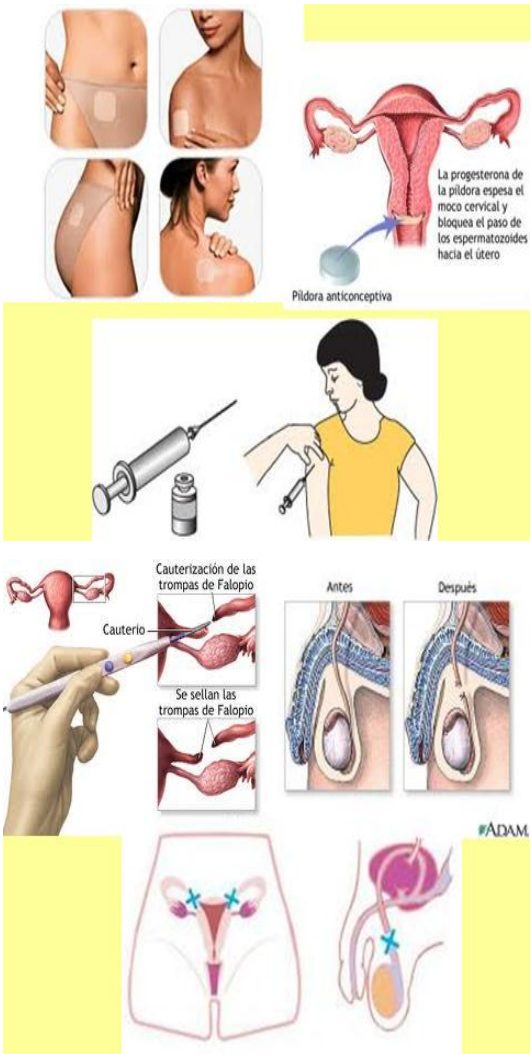
Método anticonceptivo	Embarazos	Eficacia	¿Protege de ETS?
Abstinencia	0	Totalmente	Si
Parches	5% a 8%	Muy	No
Píldora anticonceptiva	5% a 8%	Muy	No
Condones	10%	Moderadamente	Si
Diafragma	16%	Moderadamente	No
Anticoncepción de urgencia	1% a 2%	Muy	No
DIU	0,5%	Muy	No
Método del ritmo	25%	No mucho	No
Espermicida	30%	No mucho	No
Retiro antes de la eyaculación	27%	No mucho	No
No utilizar	85%	Ineficaz	No

Prevención de ETS y embarazo

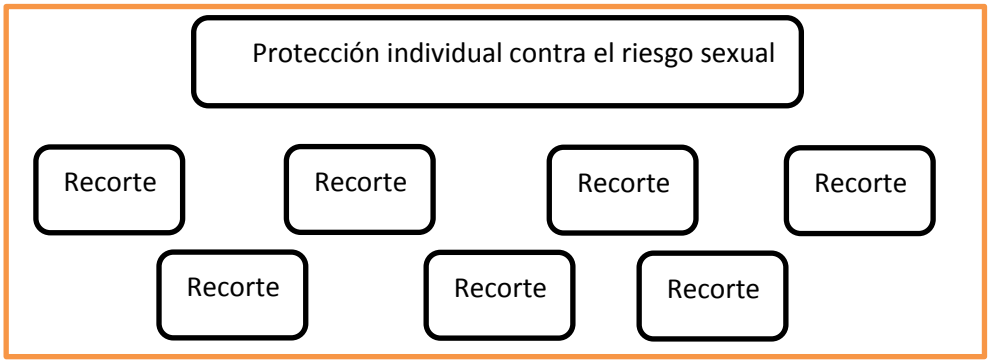
Preservativos

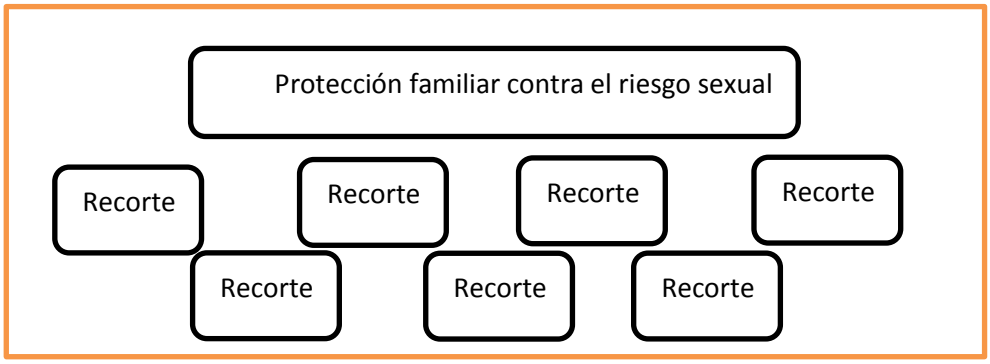






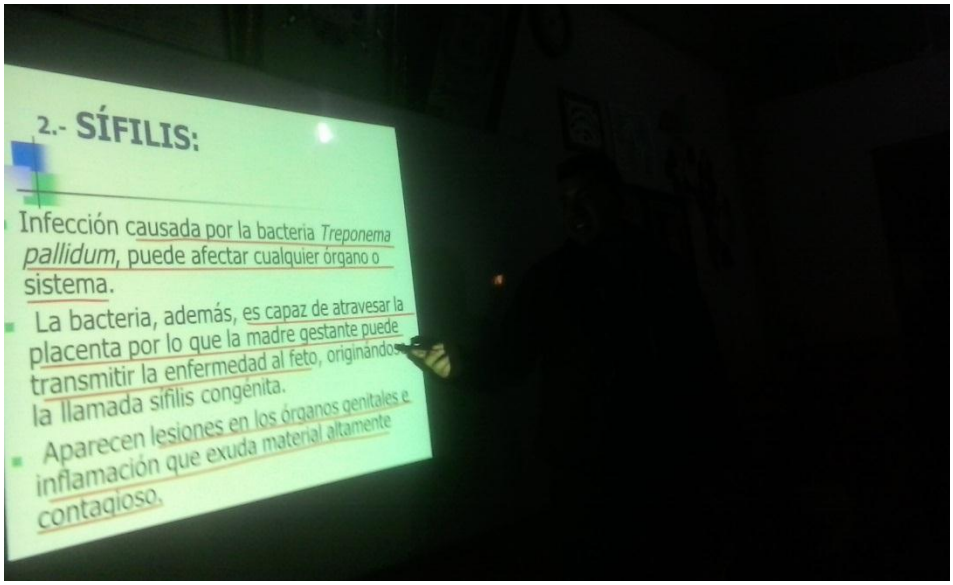
Anexo 7: Collage de protección contra el riesgo sexual.





DESARROLLANDO TALLERES

UNL
IDEAL



BIBLIOGRAFÍA DE LA PROPUESTA ALTERNATIVA:

Ambriz, A. (2009). *El diseño de proyecto de investigación.* Recuperado el 03 de 01 del 2015 de: http://alfambriz.tripod.com/gestionurbana/proyectointervencion.pdf

Betancourt, R. Guevara, L. & Fuentes, E. (2011). *El taller como estrategia didáctica, sus fases y componentes para el desarrollo de un proceso de cualificación en el uso*

de tecnologías de la información y la comunicación (tic) con docentes de lenguas extranjeras. Caracterización y retos. Universidad de la Salle. Colombia.

Bueno, A. y Rosser, A. (2002). *Guía didáctica de psicología de la intervención social.* Editorial Club Universitario. España.

Cabrera, L. (2013). *La educación sexual familiar y su relación con las conductas de riesgo (inicio de las relaciones sexuales, embarazo, precoz, abortos enfermedades de transmisión sexual y uso de métodos anticonceptivos) de los estudiantes del Colegio Fiscal Mixto "Hernán Gallardo Moscoso", de la ciudad de Loja, periodo 2011-2012".* Universidad Nacional de Loja, Ecuador.

Castillo, L. y Benavides, R. (2012). *Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría de rango medio.* Universidad Autónoma de Nuevo León, UANL. Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud, México. 12 (2), 17-173.

Correa, C. Faur, E. Re, M. Pagani, L. (2003). *Manual de capacitación: Sexualidad y salud en la adolescencia.* Fundación para el Estudio e Investigación sobre Mujer (FEIM). Argentina.

Espada, J. Quiles, M y Méndez, F. (2003). *Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia.* Redalyc.org, 24 (85), 33-35.

García, M. (2009). *Educación sexual con arte: Educación sexual entre jóvenes.* Consejo de la Juventud del Principado de Asturias. España.

Ortiz, L. (2012). *"Determinar los factores de riesgo que predisponen al embarazo en adolescentes estudiantes de bachillerato, del colegio Vicente Anda Aguirre de la ciudad de Loja durante el periodo junio - noviembre del 2012".* Universidad Nacional de Loja. Ecuador.

Ramos, V. (2011). *Técnicas grupales para el trabajo de sexualidad con adolescentes y jóvenes.* Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. Montevideo.

Solórzano, C. Urrutia, M. (2013). *Módulos: Para Talleres de Capacitación sobre Adolescencia y Juventud, Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Reproductivos, con énfasis en la prevención del VIH y la Equidad de Género*. GRAFICOLOR S.A. DE C. V. México.

j. BIBLIOGRAFÍA

Barrón, M. (2005). *Inequidad socio-cultural: riesgo y resiliencia*. Argentina. Editorial Brujas.

Bernal, C. (2006). *Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Tercera edición. Colombia. Pearson Educación.

Betancourt, R. Guevara, L. & Fuentes, E. (2011). *El taller como estrategia didáctica, sus fases y componentes para el desarrollo de un proceso de cualificación en el uso de tecnologías de la información y la comunicación (tic) con docentes de lenguas extranjeras. Caracterización y retos.* Universidad de la Salle. Colombia.

Bueno, A. y Rosser, A. (2002). *Guía didáctica de psicología de la intervención social.*. España. Editorial Club Universitario.

Cáceres, M. Castro, L. Sarmiento, N. Rodríguez, A. (2003). *Educación sexual y los adolescentes del municipio de arauca.* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Colombia- Sede Arauca. Arauca, Colombia.

Castillo, L. y Benavides, R. (2012). *Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría de rango medio.* Universidad Autónoma de Nuevo León, UANL. Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud, México. 12 (2), 17-173.

Cabrera, L. (2013). *La educación sexual familiar y su relación con las conductas de riesgo (inicio de las relaciones sexuales, embarazo, precoz, abortos enfermedades de transmisión sexual y uso de métodos anticonceptivos) de los estudiantes del Colegio Fiscal Mixto "Hernán Gallardo Moscoso", de la ciudad de Loja, periodo 2011-2012"* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Loja, Ecuador.

Cerda. H. (2011). *Los elementos de la investigación*. Colombia. Cargraphics S.A.

Descartes, R. (2003). *El discurso del método*. Ediciones Colihue SRL.

Espada, J. Quiles, M y Méndez, F. (2003). *Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia.* Redalyc.org, 24 (85), 33-35.

Fernández – Ballesteros, R. (2000). *Introducción a la Evaluación Psicológica II.* Madrid, España. Ediciones Pirámide.

Frinco, L. y Del Carmen, V. (2013). Educación de la sexualidad en el contexto familiar y escolar. *Educere*. 17(58), 429-435.

Gómez, J. (2013). *Psicología de la sexualidad*. Madrid, España. Alianza Editorial.

García, O. y García, R. (2003). *La prevención del sida en adolescentes: propuesta metodológica.* España. Publicaciones de Universitat Jaume.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación.* México. Mc Graw Hill/interamericana Editores, S. A. de C.V.

Lameiras, M. y Carrera, M. (2009). *Educación sexual: De la teoría a la práctica*. Madrid, España. Ediciones pirámide.

Martínez, M., Álvarez, B., & Fernández. A. (2009). *Orientación familiar: Contextos, evaluación e intervención*. Madrid, España. Editorial Sanz y Torres.

Méndez, C. (2011). *Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación con énfasis en ciencias empresariales*. México D.F., México. Editorial Limusa

Moreno, C. (2008). *El concepto de riesgo sexual al interior de las Ciencias Sociales: una clave interpretativa para re-pensar las políticas de prevención en VIH/SIDA.* Universidad de Chile.

Muñoz, C. (2011). *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis*. México. Pearson Educación.

Muñoz, N. Burbano, E. & Buen-Consejo, M. (2008). La expresión artística en el preescolar. Colombia. Coop. Editorial Magisterio.

Ortiz, L. (2012). *"Determinar los factores de riesgo que predisponen al embarazo en adolescentes estudiantes de bachillerato, del colegio Vicente Anda Aguirre de la*

ciudad de Loja durante el periodo junio - noviembre del 2012". Universidad Nacional de Loja. Ecuador.

Pepinos, P. (2002). *Sexo o afecto*. Ecuador. Editorial (Imprenta Independiente).

Rivero, R. (2010). *Intervención comunitaria, familiar y de género.* Cuba. Editorial Feijó.

Saldaña, D. y Solis, J. (2010). *Función de la Escuela y la Familia para Educar en Sexualidad a niños-as en Edad Escolar*. (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Azuay, Ecuador.

Sanchiz, M. (2008). *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica.* España. Publicaciones de Universitat Jaume.

Saturno, L. (2012). *Sexo y edad en las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de 13 a 18 años.* (Tesis de pregrado). Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado", Barquisimeto, Venezuela.

Suárez, M. (2011). *Coeficiente de correlación de Karl Pearson*. (Ensayo). Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Ecuador.

Toro, J. (2013). *El adolescente ante su cuerpo: Cuerpo, vestido y sexo.* Madrid, España. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).

WEBGRAFÍA

Ambriz, A. (2009). *El diseño de proyecto de investigación.* Recuperado el 03 de 01 del 2015 de: http://alfambriz.tripod.com/gestionurbana/proyectointervencion.pdf

Barella, B. et al. (2001). *Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno*. Recuperado el 18 de 12 del 2014 de: http://www.docvadis.es/centrodesaluddeubeda/document/centrodesaluddeubeda/conocimientos_y_actitudes_sobre_sexualidad_de_los_adolescentes_de_nuestro_entorno/fr/metadata/files/0/file/publcmfa.PDF.

Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas. (2013). *Conductas de riesgo convencionales.* Recuperado de: http://www.cedro.org.pe/cursoonline20134/descargas/Modulo_2.pdf

Encuentro Mundial de Expertos en Educación para la Sexualidad. (2011). *Educación para la sexualidad con bases científicas.* Recuperado de: www.desexologia.com

Universidad de Cantabria. (2010). *Teoría de la autoeficacia de Bandura (Bandura 1977, 1980, 1991, 1997).* Recuperado de: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.4-teoria-de-la-autoeficacia-de-bandura

k. ANEXOS

ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y ORIENTACIÓN

TEMA

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL FAMILIAR PARA PREVENIR CONDUCTAS DE RIESGO EN EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LOS NOVENOS AÑOS PARALELO "A" Y "B" DE LA "ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MIGUEL RIOFRIO Nº 2", DE LOJA, 2014-2015.

Proyecto de tesis previo a la obtención del grado de Licenciado en Ciencias de la Educación, Mención: Psicología Educativa y Orientación.

AUTOR:

Carlos Damián Muñoz León

LOJA – ECUADOR

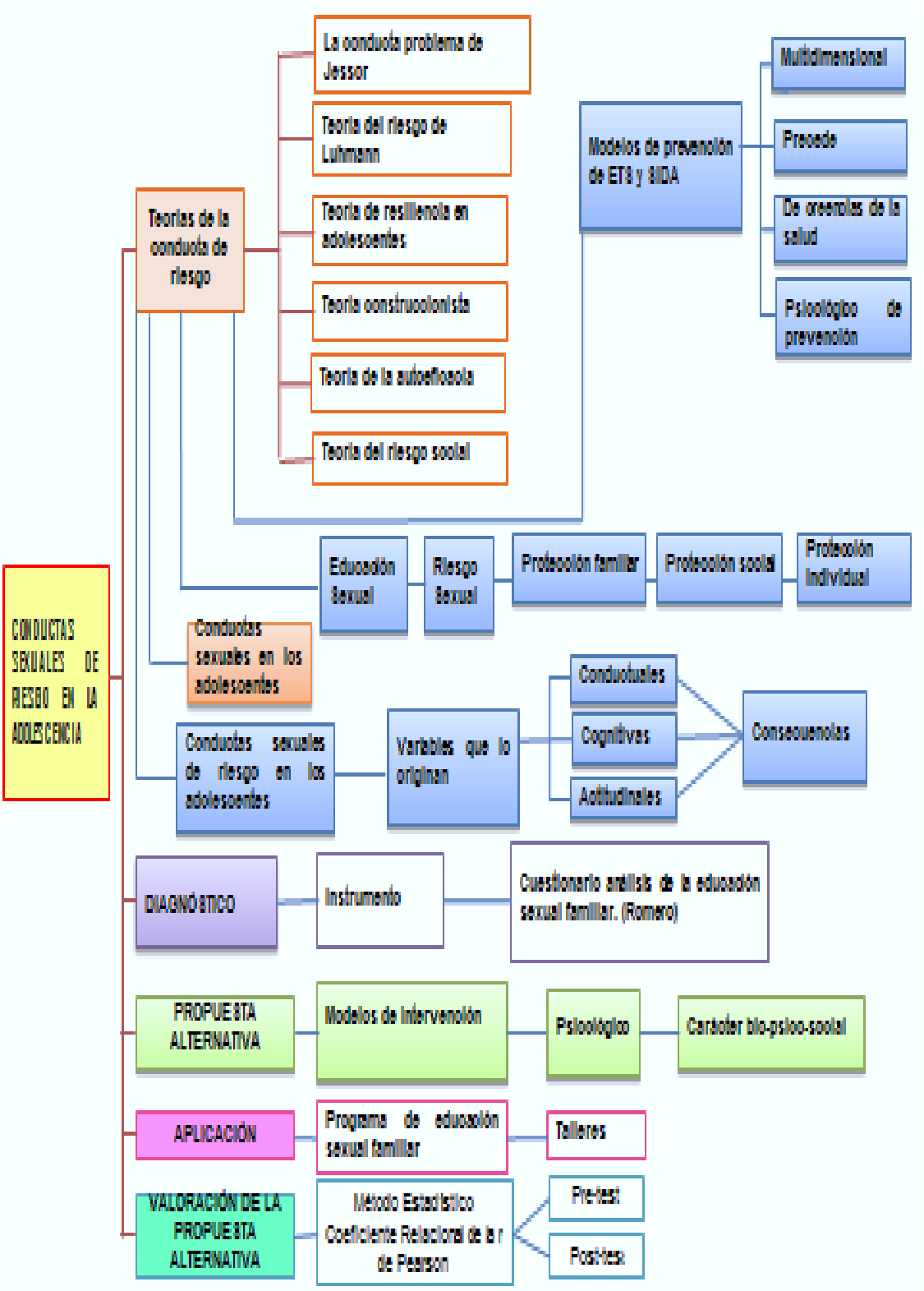
2015

a. TEMA

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL FAMILIAR PARA PREVENIR CONDUCTAS DE RIESGO EN EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LOS NOVENOS AÑOS PARALELOS “A” Y “B” DE LA “ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MIGUEL RIOFRIO Nº 2”, DE LOJA, 2014-2015.

b. PROBLEMÁTICA

- **Mapa mental de la realidad temática.**



Delimitación de la realidad temática.

- **Delimitación temporal:**

La presente investigación se realizara en el periodo septiembre 2014- julio 2015.

- **Delimitación Institucional:**

La institución en donde se va a llevará a cabo este proyecto es la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nro.2", dicho establecimiento cuenta con 37 años de vida institucional, se inició el 14 de Julio de 1976 con resolución N° 002-DPEL de fecha 10 de marzo del 2010, ubicada en las calles Mercadillo entre Bernardo Valdivieso y Olmedo. En cumplimiento a las políticas del Plan Decenal, se crea mediante resolución N°0049-12 el Nivel de Educación Inicial y finalmente con resolución N° 1776 JDRC-L-2013 cambia su denominación a Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío N°2.

- **Beneficiarios:**

El programa de educación sexual está dirigido a los padres de familia, sin embargo los principales beneficiarios serán los estudiantes de los novenos años paralelos "A" y "B" de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío N° 2"

✓ **Situación de la realidad temática:**

A través de la historia temas correspondiente a la sexualidad y todas sus manifestaciones han sido muy poco abordadas tanto en la familia como por los centros educativos o de enseñanza, sin embargo, gracias al avance tecnológico es muy fácil recibir información de índole sexual, sin control de los padres y tergiversada. Actualmente hombres y mujeres a partir de sus primeros años de vida están relacionados con temas de sexualidad lo que ha provocado la precocidad al iniciar una vida sexual activa, es así que Toro (2013), señala que " nunca como ahora los adolescentes desde su nacimiento han estado, ya desde su infancia, sistemática y continuamente bombardeados con escenas, imágenes y situaciones en la que, de manera implícita o explícita se exponen muy distintos tipos de conducta sexual", por ello es fundamental el papel que juegan los medios de comunicación como radio, televisión e internet, especialmente este último dan la facilidad de recepción de contenidos eróticos y sexuales es predecible saber que el individuo vaya estructurando un modelo de

conducta sexual que se manifiesta en plenitud durante la adolescencia, además si hablamos de un modelamiento es necesario señalar el rol que desempeña el grupo par o el grupo de iguales, quienes con todos los conocimientos y suposiciones incentivan a que sus compañeros o amigos realicen actividades relaciones con la actividad sexual, que en muchas ocasiones ellos aún no han experimentado. Todos estos factores influyen directamente en los esquemas mentales del adolescente y sus nociones sobre la sexualidad que después las expresa mediante acciones, a estas se las denomina conductas sexuales. Cuando la formación sobre sexualidad en el individuo ha sido adecuada habrá un goce y satisfacción del acto sexual y de sus demás manifestaciones, pero al contario si han existido vacíos de conocimientos y modelos dañinos o distorsionados con respecto a la sexualidad el adolescente practicaría actividades o acciones que pondrían en riesgo su salud o la de su pareja, es decir, se hablaría de conductas sexuales de riesgo. Los autores Espada, Quiles y Méndez, en su artículo Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia, publicado en el año 2003, establecen que "una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA", mediante esta concepción se determina que cualquier manifestación en el ejercicio de la sexualidad que comprometa la salud de una persona, se categorizaría como de riesgo, tales conductas pueden ser muy diversas como no utilizar un preservativo, tener una vida sexual promiscua, o la utilización desproporcionada de métodos anticonceptivos que sean de aplicación hormonal u oral, entre otros. Es fundamental conocer las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, principalmente tenemos al embarazo, el riesgo de contraer alguna enfermedad sexual y posiblemente infectarse de SIDA.

Mundialmente se ha evidenciado la precocidad al iniciar las relaciones sexuales, así también ha aumentado proporcionalmente la práctica de no utilizar el preservativo, durante la primera relación sexual según el informe 'Estado de la población mundial 2013', del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFA), en donde se concluye que alrededor de 20.000 niñas menores de 18 años y residentes en países en desarrollo dan a luz cada día de las cuales un 27,4% (dos millones anualmente) lo hacen sin haber

cumplido los 15 años, también brinda datos sobre los porcentajes embarazos adolescentes en países europeos como Reino Unido 22%, España 12%, Grecia 11%, Alemania 10% y Bélgica 8%., cifras considerablemente altas teniendo en cuenta que estas naciones pertenecen al grupo de países denominados de "primer mundo". Además, el colectivo de adolescentes constituye una preocupación muy importante en el mundo, según el reciente informe "La infancia y el SIDA", de UNICEF, que indica que en 2012 había 2,1 millones de adolescentes con VIH/sida en todo el planeta y, entre los 10 y los 19 años, las muertes relacionadas con el VIH/sida aumentaron en un 50% del 2005 al 2012, y según UNICEF "las medidas de gran impacto que deberían implementarse**,** según este informe, son el uso de preservativos, más tratamientos antirretrovirales, prevenir la transmisión vertical y concienciar a los adolescentes para que cambien su conducta, mediante enfoques para poblaciones de riesgo y marginales". Además según la encuesta aplicada en España sobre salud y hábitos sexuales (INE, 2004) la gente joven prefiere a los iguales como fuente de información sobre temas referidos a la sexualidad y los métodos anticonceptivos que a la familia o profesionales del ámbito sanitario y educativo.

En nuestro continente las cifras de embarazos adolescentes también son alarmantes en según la Federación de Paternidad Planificada de América Estados Unidos, el país anglosajón presenta el 34.3 %. En América Latina y el Caribe, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el 18% de los nacimientos son de madres de 15 a 19 años. en México el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) explica que el 17 % de adolescentes comprendidos en una edad de 10 a 19 años tuvo un embarazo, y de ellas el 34% no utilizó ningún anticonceptivo en la primera relación sexual aumentando las posibilidades de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual, poniendo de manifiesto la falta de efectividad de programas gubernamentales y educativos que incentiven el uso de anticonceptivos en ese país, además de acuerdo con una encuesta realizada por el CELSAM "Centro Latinoamericano Salud y Mujer" señala que alrededor del 35% de los adolescentes que comienzan su vida sexual entre los 10 y 15 años no han recibido información sobre el uso de métodos anticonceptivos, planificación familiar o enfermedades de transmisión sexual. Además se ha demostrado que las madres adolescentes menores de 15 años son cuatro veces más vulnerables a la

mortalidad materna y a un mayor riesgo de complicaciones como anemia, toxemia, hipertensión, placenta previa, y el nacimiento prematuro del bebé.

En nuestro país el Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos (INEC) establece que del total de nacimientos en el 2013, más del 20% correspondieron a menores de 19 años, la mayoría de estos embarazos no son planificados o deseados, adicionalmente el representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Dr. Jorge Parra, subrayó que en el Ecuador, 9 de cada 10 adolescentes desearía hablar de sexualidad en sus hogares, además enfatiza sobre las causas que inciden en la precocidad del inicio de las relaciones sexuales como falta de tiempo que los padres brindan a sus hijos debido al trabajo, sumándole además la presión de los medios de comunicación, que establecen una serie de modelos de comportamiento que impulsan a la iniciación sexual temprana.

En Cuenca de acuerdo a una publicación denominada "Las relaciones sexuales son cada vez más precoces en el Ecuador", se detalla que El Proyecto CERCA, estudio financiado por la Unión Europea, realizó en el 2011 a 3 300 adolescentes de entre 12 y 18 años. Allí se concluyó que el promedio de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes era de 15 años para las mujeres y de 14 para los varones, provocando el embarazo prematuro.

En nuestra ciudad mediante el proyecto que estudio el rol de los padres de familia en la educación sexual en los estudiantes de noveno año de educación básica, sección matutina del colegio experimental Pío Jaramillo Alvarado, período 2011-2012, perteneciente a Enith Ramos Campoverde, se determinó que, de la muestra seleccionada el 28% expresa que nunca ha existido un conocimiento sobre sexualidad de parte de los padres. También en otro trabajo por Ana Cabrera, que estudiaba la educación sexual familiar y su relación con las conductas de riesgo de los estudiantes del colegio fiscal mixto Hernán Gallardo Moscoso, período 2011- 2012, se determinó que el 11, 93% nunca ha recibido información sobre educación sexual, teniendo alta probabilidad de practicar conductas sexuales de riesgo.

En relación al instrumento aplicado a los 33 estudiantes de los novenos años de educación básica paralelos "A" y "B", arrojaron los siguientes resultados, entre los más

significativos encontramos que el 47, 05% de la muestra seleccionada ha recibido poca información con respecto a educación sexual, y por otra parte el 28, 57% nunca ha tenido información sobre educación sexual. Y específicamente a los reactivos que manifestarían la práctica de conductas sexuales de riesgo el 48,57 % manifestó que no conoce sobre la anatomía y funcionamiento básico de los genitales, además el 42% expresa que no le han enseñado cómo funcionan los anticonceptivos, también a el 37, 14% de los estudiantes no les han hablado sobre relaciones sexuales.

Con estos antecedentes se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿DE QUÉ MANERA EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL FAMILIAR PODRÁ PREVENIR CONDUCTAS DE RIESGO EN EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LOS NOVENOS AÑOS PARALELOS "A" Y "B" DE LA "ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MIGUEL RIOFRIO Nº 2", DE LOJA, 2014-2015?

c. JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto, es de vital importancia ya que permite ejecutar alternativas para solucionar conductas en el ejercicio de la sexualidad que afecta de manera negativa a la población estudiantil.

Es por ello necesario realizar un trabajo exhaustivo conjuntamente con la `padres de familia de los estudiantes de la institución, acotando la relevancia de poseer conocimientos previos y fundamentados científicamente, coadyuvando a un desarrollo personal, emocional y educativo.

En calidad de estudiante he visto la necesidad de brindar la ayuda pertinente dentro del ámbito psicológico, también dejando constancia que el presente proyecto además de contribuir con la comunidad nos ayudará a cumplir con los requisitos necesarios para la elaboración de la tesis previo a la obtención de la licenciatura.

El desarrollo del presente proyecto es factible, porque existe el permiso necesario para intervenir en la Institución Educativa seleccionada, además de contar con el apoyo de las autoridades de la Universidad Nacional de Loja, El Área de la Educación El Arte y la Comunicación, la Carrera de Psicología Educativa y Orientación, el apoyo incondicional de la docente brindando la asesoría necesaria para llevar acabo de la mejor manera el presente proyecto, de la misma manera la firme predisposición a trabajar durante el tiempo necesario y obtener los mejores resultados de todo cuanto me he propuesto.

d. OBJETIVOS

GENERAL

Diseñar un programa de educación sexual familiar para prevenir conductas de riesgo en el ejercicio de la sexualidad de los estudiantes de los novenos años paralelos “A” y “B” de la escuela de educación básica “Miguel Riofrío Nº 2”, de Loja, 2014-2015.

ESPECÍFICOS

- Construir la base teórica fundamentada sobre las conductas de riesgo sexuales en la adolescencia.

- Diagnosticar los conocimientos que tienen los padres para prevenir conductas de riesgo de la sexualidad en los adolescentes.

- Elaborar un programa de educación sexual familiar para prevenir conductas de riesgo con respecto a la sexualidad de los estudiantes.

- Aplicar el programa de educación sexual familiar para prevenir conductas de riesgo con respecto a la sexualidad de los estudiantes.

- Valorar la efectividad del programa de educación sexual familiar para prevenir conductas en el ejercicio la sexualidad de los adolescentes.

e. MARCO TEÓRICO

1. Conducta de riesgo sexual

1.1 Teorías de las conductas de riesgo

1.1.1 Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor

1.1.2 Teoría del riesgo de Luhmann

1.1.3 Teoría de protección y resiliencia

1.1.4 Teoría del desarrollo juvenil positivo

1.1.5 Teoría de la autoeficacia de Bandura

1.2 Modelos de prevención del SIDA

1.2.1 Modelo multidimensional

1.2.2 Modelo de creencias de salud

1.2.3 Modelo precede de L. W. Green

1.2.4 Modelo psicológico de prevención de la enfermedad

1.2.5 Modelo de la acción razonada

1.3 Conductas sexuales en los adolescentes

1.3.1 El doble estándar

1.3.2 Masturbación

1.3.3 Expresión sexual sin coito

1.3.4 Relaciones sexuales

1.4 Conducta sexual de riesgo y variables que explican su origen

- Inicio de relaciones sexuales tempranas
- Promiscuidad en los adolescentes
- No utilización del preservativo
- El petting

1.4.1 Variables de carácter cognitivo

- Sesgos en la información y creencias erróneas
- Percepción normativa
- Percepción de riesgo
- Percepción de la gravedad de la enfermedad
- Percepción de la capacidad para adoptar conductas protectoras
- Nivel de preocupación

- Percepción de que los cambios conductuales reducirán los riesgos

1.4.2 Variable actitudinales

1.4.3 Variables conductuales

- Consumo de alcohol y otras drogas
- Variedad de parejas
- Utilización adecuada del preservativo
- Habilidad para solicitar sexo seguro a la pareja
- Asertividad ante las situaciones de sexo no seguro
- Acceso a métodos de prevención

1.4.4 Otras variables

- Diferencias de género
- Creencias religiosas

1.5 Consecuencias de la conducta sexual de riesgo durante la adolescencia

1.5.1 Infecciones de transmisión sexual

1.5.2 Embarazo no deseado durante la adolescencia

- Consecuencias del embarazo adolescente para la madre
  - Consecuencias iniciales (Confirmación del embarazo)
  - Consecuencias a corto y mediano plazo
  - Continuar el embarazo
    - Consecuencias orgánicas
    - Consecuencias psicológicas
    - Consecuencias educativas socioeconómicas
  - Finalizar el embarazo (aborto)
  - Consecuencias a largo plazo
- Para el niño

2. Evaluación diagnóstica de las conductas sexuales de riesgo.

2.1 Definición de evaluación diagnostica

2.2 Instrumentos para diagnosticar las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes

2.3 Instrumento seleccionado para diagnosticar las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes

2.4 Selección del cuestionario para el pre y post test de conductas sexuales en la adolescencia

3. Propuesta de intervención

3.1 Definición de intervención

3.2 Definición de propuesta de intervención

3.3 Principios

3.3.1 Principio antropológico

3.3.2 Principio de prevención

3.3.3 Principio de desarrollo

3.3.4 Principio de intervención social

3.3 Objetivos de la intervención

3.4 Modelos de intervención

3.4.1 Modelo clínico o Counseling.

3.4.2 Modelo de consulta

3.4.3 Modelo de servicios

3.5 Concreción de la propuesta de intervención

3.5.1 Modelo de programas

3.5.2 Fases del modelo de programas

3.5.3 Modelos de educación sexual

- Modelo moral
- Modelo de riesgos
- Modelo para la revolución sexual y social
- Modelo biográfico y profesional

3.5.4 Programa de educación sexual

- Definición de sexualidad
- Definición de educación sexual

- Objetivos y contenidos en función de la etapa del ciclo vital (adolescencia)

4. Aplicación de la propuesta de intervención

4.1 Presentación de la propuesta de intervención

5. Valoración de la propuesta de intervención

5.1 Método estadístico del Coeficiente de correlación de Pearson

5.2 Definición de pre-test

5.3 Definición de pos-test

DESARROLLO DEL MARCO TEORÍCO

1. CONDUCTA DE RIESGO SEXUAL

1. 1 Teorías de las conductas de riesgo

Primero es necesario conocer la definición de conducta de riesgo, para ello, Jessor (como se citó en Becoña, 1999), establece que es "cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente" (p. 203).

En este contexto una conducta de riesgo resultarían ser todas aquellas acciones, ya sea tomadas de manera consciente o determinadas por factores externos, que realiza un adolescente provocándole consecuencias patológicas y comprometiendo su normal desarrollo.

1.1.1 La teoría de la conducta problema de Jessor

Esta teoría fue desarrollada por Richard Jessor en el año de 1977 y reconoce que la conducta adolescente, incluyendo conductas de riesgo, no surgen de una sola fuente, sino que es el producto de complejas interacciones entre los individuos y su entorno.

La teoría de la conducta problema ha sido aplicada entre otras cosas a la sexualidad precoz, etc. Dicha teoría de la conducta problema se basa en tres sistemas explicativos: la personalidad, el ambiente y la conducta, todos ellos interrelacionados y organizados entre sí para explicar la propensión a la conducta problema o la probabilidad de que la conducta problema ocurra. Para explicar la personalidad, ambiente y conducta, dentro de este modelo se consideran otros conceptos que estarían dentro de cada sistema:

- La personalidad, es el conjunto de valores, expectativas, creencias, actitudes, orientaciones hacia sí mismo y hacia otros, son cognitivos y reflejan el significado y experiencia social.
- El ambiente, dentro de este sistema explicativo se consideran los apoyos, influencia, controles, modelos y expectativas de otros, y que tienen como característica que pueden ser conocidos o percibidos, teniendo significado para la persona.

- Y finalmente la conducta se entiende a los propósitos aprendidos socialmente, funciones o significados más que sus parámetros físicos.

La conducta es, además, el resultado de la interacción de la personalidad y la influencia ambiental. Sin embargo, hay una serie de variables antecedentes de gran relevancia para explicar las anteriores variables que incluye en los tres sistemas explicativos. En ellas incluye tanto las características demográficas como el proceso de socialización. Dentro de las características demográficas considera la educación de los padres, la ocupación de los padres, la religión de los padres y la estructura familiar. Dentro de la socialización la ideología parental, el clima familiar, la influencia de los iguales y la de los medios de comunicación.

En la ideología parental incluye las creencias tradicionales de los padres, la religiosidad de los padres y la tolerancia o intolerancia de la desviación de la madre. Dentro del clima familiar incluye el control por parte de la madre y la interacción afectiva con ella. Dentro de la influencia de los iguales los intereses de sus amigos y, finalmente, dentro de la influencia de los medios de comunicación el tiempo dedicado a ver la televisión

El sistema de personalidad está formado por tres componentes: la estructura de instigación-motivacional, la estructura de creencias personales y la estructura del control personal.

1° Estructura de instigación motivacional.- Se refieren a la orientación decisional de la acción, o los objetivos que persigue la persona. De éstos, la teoría considera tres como fundamentales: el rendimiento académico, la independencia y el afecto de los iguales.

2° Estructura de creencias personales.- Son aquellos controles cognitivos de naturaleza general que se ponen en marcha contra la ocurrencia de conductas problema. Estarían entre ellos el refrenarse en realizar conductas inconformistas, que originan toda una serie de creencias sobre sí mismo, la sociedad y sobre sí mismo en relación con la sociedad. Específicamente incluye cuatro elementos en esta estructura, la crítica, la alienación, la autoestima y el locus de control interno-externo.

3° Estructura del control personal.- Es el nivel de control que tiene la persona para no llevar a cabo conductas no normativas.

Las tres variables que considera el modelo son la tolerancia actitudinal de la desviación, la religiosidad y la discrepancia entre las funciones positivas y negativas de realizar ciertas conductas, como relaciones sexuales tempranas sin usar protección., etc.

1.1.2 Teoría del riesgo de Luhmann

Para Luhmann (1996), el concepto de riesgo ser refiere a la posibilidad de daños futuros debido a decisiones particulares. Las decisiones que se toman en el presente condicionan lo que acontecerá en el futuro, aunque no se sabe de qué modo. El riesgo está caracterizado por el hecho de que la posibilidad de consecuencias negativas, conviene, de cualquier modo, decidir mejor de una manera que de otra.

La idea central en esta teoría, es trabajar con factores y conductas de riesgo y actuar sobre ellos previniendo las posibles consecuencias dañinas para la salud. “El uso de cinturón de seguridad en automóviles” es un buen ejemplo de la lógica subyacente. Se asume que a mayor conocimiento de los eventos negativos, mayor posibilidad de evitarlos, pero se ha demostrado que no basta tener conocimientos adecuados para generar cambios.

En base a la evidencia reciente en neurociencia, Steinberg propone que las áreas dopaminérgicas, íntimamente relacionadas con los llamados “circuitos de recompensa” estarían implicadas en los aspectos sociales y emocionales que influyen en que los adolescentes tomen conductas de riesgo. Estas áreas maduran después de las áreas predominantemente cognitivas (corteza prefrontal), lo que explicaría biológicamente cómo, conociendo los riesgos y posibles consecuencias dañinas, se involucren igualmente en dichas conductas.

1.1.3 Teoría de protección y resiliencia

La acción basada solo en riesgos, además de mostrar debilidades, contribuyó al predominio de una visión e identificación negativa de los adolescentes.

Considerar los factores y conductas protectoras, la mayoría de ellos espejos de las de riesgo, agrega un componente muy importante para aumentar la eficacia del trabajo preventivo. Es difícil saber si un adolescente relativamente no desafiado por el ambiente está desarrollando la resiliencia, ya que estar libre de riesgos no significa necesariamente estar preparado para la adultez, es importante poder identificar fortalezas universales que pueden ser útiles a todos los adolescentes. Por otra parte, no se debe olvidar que dosis graduales y controladas de problemas pueden constituir factores positivos si se consideran sus funciones, como el aprender a responder en forma adecuada, saludable y constructiva, las posibilidades de fortalecer la autoestima y autoeficacia a través de logros, de desarrollar destrezas sociales y tomar decisiones.

Los adultos más cercanos, como son los padres, constituirán una fuente fundamental de modelaje, pero también pueden ser factores externos positivos, al ser fuentes de apoyo y crecimiento, los pares, el colegio, la comunidad y la sociedad.

1.1.4 Teoría del desarrollo juvenil positivo

Este enfoque pretende potenciar al adolescente completo con más que aspectos puntuales de su desarrollo, ambiente o personalidad, para que tengan logros específicos a las etapas y tareas del desarrollo, así como interacciones positivas con la familia, barrio y contextos social y cultural. Dentro de esta teoría se recomienda un abordaje clínico. Las intervenciones clínicas requieren del desarrollo de habilidades de comunicación, ya que los adolescentes pueden resistirse a discutir temas sensibles como son el uso de sustancias y/o sexualidad. Deben realizarse desde la adolescencia inicial, ajustarse a las habilidades cognitivas emergentes, acomodarse a sus necesidades de desarrollo, ser personalizadas al género e incluir evaluación de la salud mental, fortalezas individuales y factores protectores. Es necesario conocer tanto lo que se debe hacer, como lo que no se debe hacer. Las discusiones “inadecuadas” sobre riesgos pueden arruinar las relaciones con el paciente y/o con su familia, especialmente los sermones unidireccionales y/o el mal manejo de la confidencialidad. Las intervenciones ineficaces son, entre otras, las tácticas de intimidación o amedrentamiento, la segregación de grupos de adolescentes de riesgo, las intervenciones a corto plazo, la entrega aislada de información y conocimientos, así como la exclusión de opciones de conducta. Las intervenciones probadamente efectivas, incluyen programas comunitarios

colaborativos, entrenamiento en habilidades sociales, incorporación de la familia con fortalecimiento de las relaciones entre adolescentes y adultos, espacios de participación juvenil y, sin duda, una atención individualizada e intensiva con identificación precoz de posibles problemas y tratamientos eficaces. Los clínicos que trabajen con adolescentes deben estar preparados para la evaluación tanto biomédica como psicosocial. La evaluación de riesgos aún es fundamental, especialmente, al hablar de conductas de salud preventivas. La exploración de riesgos debe ser global e identificar la frecuencia y severidad de las diferentes conductas, para poder distinguir entre experimentación normal, riesgo moderado y riesgo alto.

Los objetivos del desarrollo juvenil positivo en la consulta son aumentar la conciencia de los adolescentes para desarrollar fortalezas, por su propia salud y bienestar, motivándolos y ayudándolos a tomar esta responsabilidad. La capacidad para detectar factores protectores o fortalezas es una herramienta básica en la prevención de riesgos y la promoción de salud.

Constituye un repensar la manera de trabajar con adolescentes, para organizar y priorizar eficientemente el contenido de las guías anticipatorias y las visitas médicas en general. Esta aproximación es congruente con las guías Bright Futures, para la supervisión de salud y ha sido destacada por la OMS. Las guías proponen evaluar las tareas del desarrollo adolescente con esta mirada, preguntando acerca de lo que está funcionando bien en el paciente y su familia, para así obtener información acerca de hábitos, cualidades, valores y habilidades del paciente, y recursos familiares y comunitarios que apoyen su desarrollo.

1.1.5 Teoría de la autoeficacia de Albert Bandura.

El marco teórico que acoge la investigación de la influencia de las expectativas en el proceso de adopción o de modificación de hábitos de conducta es la Teoría Social Cognitiva (Bandura 1986), según la cual la motivación y acción humanas están reguladas en gran medida por las creencias de control que implica tres tipos de expectativas. **a)** Expectativas de situación-resultado, en las que las consecuencias se producen por sucesos ambientales independientemente de la acción personal, **b)** las expectativas de acción-resultado, en las que el resultado sigue (o es consecuencia de la

acción personal) y **c)** la autoeficacia percibida, referida a la confianza de la persona en sus capacidades para realizar los cursos de acción que se requieren para alcanzar un resultado deseado.

De estos tipos de expectativas, las que desempeñan un papel influyente en la adopción de conductas saludables, la eliminación de conductas nocivas y en el mantenimiento de dichos cambios son las expectativas de acción-resultado y las creencias de autoeficacia. Las expectativas de auto-eficacia influyen sobre la intención de modificar la conducta de riesgo, pero fundamentalmente sobre la cantidad de esfuerzo invertido para lograr la meta propuesta y persistir en la conducta adoptada, a pesar de las barreras que podrían debilitar la motivación.

La expectativa de autoeficacia o eficacia percibida es un determinante importante de la conducta que fomenta la salud por la influencia de dos niveles (Bandura 1999):

1. Como mediador cognitivo de la respuesta de estrés (la confianza de las personas en su capacidad para manejar los estresares a los que se enfrenta activan los sistemas biológicos que median la salud y la enfermedad) y
2. En cuanto variables cognitivo-motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia en los comportamientos elegidos (ejerce un control directo sobre los aspectos de la conducta modificable de la salud).

Los hábitos derivados del estilo de vida pueden favorecer o mermar la salud, lo que capacita a las personas para ejercer cierto control conductual sobre la calidad de su salud. Las creencias de eficacia influyen sobre todas las fases del cambio personal, tanto si contemplan la posibilidad de modificar sus hábitos de salud, si emplean la motivación y perseverancia necesaria para tener éxito en el caso de que decidan hacerlo, como si mantienen los cambios que han logrado.

1.2 Modelos de prevención del SIDA.

Revisando la literatura existen modelos que sirven de marco teórico sobre la prevención del SIDA, que es una de las principales consecuencias de la conducta sexual de riesgo, a continuación describiremos algunas de ellas:

1.2.1 Modelo multidimensional.

Fundamentada en las teorías del Apoyo Social y tiene su origen en los años sesenta, cuando se define la importancia y utilidad de los sistemas informales de apoyo, como: grupos de autoayuda, voluntariado social, tejido asociativo, etc. Se denomina así porque articula de un modo operativo una serie de dimensiones y elementos y sistematiza de un modo lógico y estratégico las posibles estrategias de investigación- acción: fuentes, funciones y niveles de análisis de apoyo social. El programa de intervención va dirigido a jóvenes y adolescentes e integran varias estrategias preventivas.

1) En el contexto familiar.
2) En el entorno de los iguales.
3) En el ámbito comunitario.

1.2.2 Modelo de creencias de salud.

Este modelo apareció en los años cincuenta, a partir de los trabajos de los psicólogos sociales americanos y es uno de los más utilizados en la explicación y predicción de conductas relativas a la salud individual, parte de la premisa de que las creencias de un sujeto son determinantes esenciales para la posterior toma de decisiones acerca de la conductas o acciones saludables.

Postula cuatro factores que intervienen en la realización de la conducta saludable o tendiente a evitar una enfermedad:

Susceptibilidad percibida.

- Susceptibilidad percibida.
- Peligro percibido.
- Beneficios percibidos.
- Dificultades percibidas.

Hingston y Strunin (como se citó en García- García, 2003, p. 25), usaron este modelo para predecir la conducta preventiva del SIDA de los adolescentes respecto del uso del condón los factores considerados fueron los siguientes: la percepción de eficacia del

condón, las barreras encontrarlas al usarlo o dificultades, la susceptibilidad de contraer VIH y la gravedad de la enfermedad.

1.2.3 Modelo precede de L. W. Green.

Este modelo señala los diversos factores que se configuran como antecedentes de problema de salud. Entre ellos señala los siguientes:

- Los factores predisponentes, como son la información, las actitudes, los valores y las creencias.
- Los factores facilitadores como las habilidades la existencia de recursos y la accesibilidad de los mismos.
- Los factores reforzantes: la actitud y la conducta del medio (pareja, familia, grupo de iguales, personal socio-sanitario, medios de comunicación).

Este modelo permite identificar aquellos factores que actúan como antecedentes comportamentales de los problemas de salud, lo cual es muy útil a la hora de elaborar y planificar una intervención.

1.2.4 Modelo psicológico de prevención de la enfermedad.

Este modelo parte del supuesto, de que una persona se mantenga sana o enferma, mejore o empeore de una dolencia concreta depende esencialmente de dos cosas, ciertamente el grado de las condiciones patógenas a las que su organismo se encuentre expuesto, pero también de la mayor o menor vulnerabilidad del mismo. Para Bayes y Ribes, aún en condiciones óptimas de infección, si el organismo fuera invulnerable el hombre no enfermaría (como se citó en García-García, 2003, p. 27). El modelo posee un carácter bio-psico-social y actúa desde diferentes perspectivas:

a) Cambiando actitudes y normas.
b) Atenuando las reacciones emocionales adversas.
c) Adiestrando habilidades.
d) Facilitando los elementos instrumentales y condiciones necesarias para la prevención.
e) Disminuyendo la vulnerabilidad del organismo al VIH.
f) Facilitando alternativas atractivas a los comportamientos de riesgo.

g) Reforzando los comportamientos de prevención.

1.2.5 Modelo de la acción razonada.

Es básicamente un modelo de actitud desde el que se tiene una visión del sujeto como tomador racional de decisiones. Los elementos que constituyen este modelo son:

- Variables externas: El conjunto de vectores que determinan que el sujeto tenga determinadas creencias, en el caso del SIDA serían la edad, situación económica, cultura y el contexto en el que se desenvuelve.
- Creencias: En el que engloba conceptos como idea, opinión información y todo aquello relacionado con el ámbito del conocimiento. En el caso del SIDA sería la conducta preventiva de usar o no el preservativo.
- Actitud: Es la evaluación favorable o desfavorable del propio sujeto sobre los resultados que una conducta le puede proporcionar, En el caso del SIDA la actitud del sujeto de usar preservativo estará más tranquilo de evitar un posible contagio.
- Norma subjetiva: Se determina a partir de la percepción del sujeto tiene de lo que personas o instituciones importantes para él, piensan o esperan de su conducta. En el caso del SIDA la creencia normativa de lo que su pareja espera de él/ ella, se convierte en la norma que presiona la intención de usar o no el preservativo.
- Intención: Es la decisión del sujeto de llevar a cabo o no una conducta, en este caso sería la intención de usar o no el preservativo.
- Conducta: es la realización del acto, la actuación, que está en relación con el objeto de la actitud. En nuestro caso la realización efectiva de usar o no el preservativo.

1.3 Conductas sexuales en los adolescentes.

Son las manifestaciones sexuales que realizan los adolescentes, además están relacionadas con la creencia que tiene la sociedad de cómo deberían ser estas acciones en el ejercicio de la sexualidad.

1.3.1 El doble estándar.

Se refiere al pensamiento previamente estructurado que tiene la sociedad de seguir lineamientos en el ejercicio de la sexualidad y su percepción de acuerdo al sexo de cada individuo, siendo más restrictivo para las mujeres y más permisivo para los varones. Crooks y Baur (2009, p. 373)

Aunque los niños han estado aprendiendo los estereotipos de rol de género desde la infancia, el énfasis en la diferenciación de este rol a menudo aumenta durante la adolescencia. Una de las formas en que se revelan las expectativas del rol de género para hombre y para mujeres es a través de la existencia de un doble estándar sexual: diferentes niveles de permisividad sexual para hombres y para mujeres, casi siempre más restrictivos para estas últimas. El doble estándar influye en la sexualidad masculina y femenina a lo largo de la vida, los adolescentes sexualmente a menudo reciben y sufren todo el peso de esta creencia social polarizada. Como el doble estándar sigue afectando el comportamiento sexual de los adolescentes, consideremos algunas de sus posibles influencias. Para los varones, el énfasis de la sexualidad podría ser la conquista sexual. Los jóvenes que no son audaces o no han tenido experiencia mínima son calificados con términos muy negativos como *mariquita, marica, etc.* Por otro lado, los amigos brindan un refuerzo social para las actitudes y comportamientos estereotipados.

Para algunos jóvenes, contarles a los amigos acerca de sus encuentros sexuales es más gratificante que el acto sexual en sí mismo:

> Mi imagen estaba en riesgo. Ahí estaba yo, bien parecido, con buen sentido del humor, fiestero, pero todavía virgen. Todos suponían que yo era un experto haciendo el amor. Yo interpretaba este papel sin lugar a dudas y siempre decía: Sí lo hicimos…y vaya que fue bueno

Para las jóvenes, el mensaje y las expectativas son muy diferentes. La siguiente tabla ilustra la perspectiva de la mujer desde ambos lados el doble estándar:

> Siempre me pareció extraño que la sociedad promoviera la virginidad femenina pero que estuviera de acuerdo en que los chicos perdieran la suya. Provengo de una familia numerosa, donde mi hermano era el mayor de todos. Recuerdo que se decía

de él que era un conquistador (él tenía 18 años. Mis padres no se molestaban, pero más bien parecían estar orgullosos. Pero cuando mi hermana y yo estábamos listas para salir, nuestros padres se volvieron desconfiados. Jamás olvidaré como me sentí, de modo que me propuse que, si alguna vez me convertía en madre, no permitiría tal desigualdad, ni haría énfasis en la virginidad femenina." (Archivos de los autores.)

Muchas chicas enfrentan un dilema, pueden aprender a parecer sensuales para atraer a los varones y aun así experimentar la ambivalencia del comportamiento sexual evidente. Si una joven se rehusara tener relaciones sexuales íntimas podría de preocuparle que los novios pierdan interés y dejen de invitarla a salir. Pero si accede, puede ganarse la reputación de ser "fácil".

1.3.2 Masturbación.

Según Crooks, R y Baur, K. (2009), la autosatisfacción puede servir como vía importante de expresión sexual en ese período de la vida. Además de brindar siempre una salida viable para la tensión sexual.

Los adolescentes pueden experimentar con diferentes maneras de darse placer y de ese modo incrementar su autoconocimiento.

1.3.3 Expresión sexual sin coito.

Así también para Crooks, R y Baur, K. (2009), se refiere al roce físico erótico que incluye besos, abrazos, caricias, estimulación manual o estimulación oral-genital, pero sin penetración. Para muchos adolescentes esta variante es más aceptable durante una cita y significativamente menos riesgosa que el coito en cuanto a las consecuencias de salud, sociales y emocionales. Para algunos jóvenes, el sexo sin coito es muy valioso porque brinda la oportunidad de tener intimidad sexual sin perder técnicamente la virginidad.

1.3.4 Relaciones sexuales.

Según Laumann y Overbeek (como se citó en Crooks y Baur 2009), los adolescentes contemporáneos tienen a ser sexualmente íntimos con alguien a quien aman o quien se sienten unidos por motivos emocionales.

Las chicas parecen sentirse más cómodas teniendo relaciones sexuales con alguien hacia quien tiene afecto, que manteniendo la creencia, de que tienen que "cuidarse" para una relación amorosa, por otra parte, los hombres se sienten cada vez más inclinados a ser sexualmente activos dentro de una relación afectiva o amorosa, más que a tener sexo casual o con un desconocido, lo que antes era típico de los adolescentes.

1.4 Conducta sexual de riesgo y las variables que la explican su origen.

Primero definamos a la conducta sexual de riesgo, para ello Moskovics (como se citó en Cabrera 2012), expone lo siguiente:

> Una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona. El sostener relaciones sexuales sin protección aumenta la incidencia de ETS como el VIH; así como embarazos no deseados, los que ha llevado el número de aumento de abortos y todo lo que esto conlleva. (p.p. 13-14)

Entonces, podemos recalcar que son los elementos (internos y externos) presentes en los individuos que influyen de manera directa para realizar una conducta sexual en el que se comprometa su salud, estos factores se los engloba dentro de variables de tipo: cognitivo, actitudinales y conductuales. Entre las principales conductas de riesgo tenemos, tenemos las siguientes:

- **Inicio de relaciones sexuales tempranas.**

Las relaciones sexuales de los jóvenes, por lo general, no son planeadas y ocurren sin protección, dando como resultado la obtención de una enfermedad de transmisión sexual o embarazos no deseados.

- **Promiscuidad en los adolescentes.**

La promiscuidad es entendida como una conducta de alto riesgo físico y psicológico, donde se mantienen relaciones sexuales de manera irresponsable con más de una pareja en un período de tiempo relativamente corto. Esta práctica sexual actualmente está siendo adoptada por muchos de los adolescentes los cuales no toman conciencia de los riesgos a los cuales se exponen.

- **No utilización del preservativo.**

Se centra en desechar la posibilidad de utilizar algún método anticonceptivo, durante la relación sexual, atribuyéndose a variables de carácter actitudinales, cognitivas y conductuales, aumentado la probabilidad de infectarse de alguna enfermedad de trasmisión sexual o de quedar embarazada en el caso de las mujeres.

- **El petting.**

Es una expresión norteamericana que viene del verbo "to pet", que quiere decir "masajear, acariciar". Sin embargo, petting quiere decir alguna cosa más que acariciar: designa una serie de juegos amorosos en el cual todos, quitando el coito, está permitido. El hecho de que no se llegue al coito es una frontera, un límite que los mismos protagonistas se han de marcar. Pese a que sirva sobre todo para evitar un embarazo no deseado, hay chicas que prefieren el petting para conservar el himen. Esto es muy corriente en algunos países, especialmente en Estados Unidos. En cierta manera, petting existe en toda relación erótica, desde el primer beso se pasa a un prólogo refinado antes de llegar al coito.

1.4.1 Variables de carácter cognitivo

- **Sesgos en la información y creencias erróneas**

A menudo los comportamientos de riesgo son consecuencia de los déficits en los conocimientos y de las creencias erróneas o inexactas sobre la sexualidad o el sida. Los adolescentes suelen plantear en el aula cuestiones que corroboran esta idea, por ejemplo: "¿Es verdad que la primera vez que se hace el amo la chica no puede quedarse embarazada?", o: "¿No es posible saber si un chico está sano a simple vista?". También se detectan lagunas informativas a la hora de discriminar las prácticas seguras de las que no lo son. Por ejemplo, una creencia errónea mantenida por la mitad de los adolescentes en el estudio de Bakker (1999) era pensar que el uso del diafragma con espermicida evitaba la transmisión del VIH.

- **Percepción normativa**

Este concepto hace referencia a lo que un sujeto cree que piensan y hacen el resto de individuos semejantes a él. En el caso de los adolescentes y las conductas de protección

frente al sida, un individuo que se plantea si su edad es idónea para tener una primera relación sexual se preguntaría: "¿Qué opina la mayoría de mis amigos sobre mantener relaciones sexuales a mi edad?". Varios estudios han asociado la percepción normativa de los adolescentes con su actividad sexual, encontrando que los que perciben que el uso de preservativo está socialmente aceptado entre sus iguales es más probable que lo utilicen (Walter et al., 1992)

- **Percepción de riesgo**

Aunque en menor medida, el sida continúa percibiéndose como una enfermedad marginal. Por tanto, los adolescentes que no se vean en riesgo de contraer el VIH probablemente no atenderán a la información que llegue hasta ellos a través de campañas o programas escolares. En el estudio de Murphy et al.(1998), se halló que el 87 % de los adolescentes no se consideraban en absoluto en riesgo o, en todo caso, de manera muy remota. Más de un tercio estimaba que no era posible contraer el VIH en un futuro próximo, y el 42 % consideraba que tenía menos de un 50 % de probabilidad de contraer el virus.

- **Percepción de la gravedad de la enfermedad**

Tal y como postula el modelo de creencias de salud, es más probable que el adolescente evite comportamientos de riesgo si el balance entre el esfuerzo y las consecuencias de su conducta se decanta hacia la toma de medidas de protección. La gravedad de las consecuencias, en este caso la enfermedad, es un factor de peso a la hora de valorar costes y beneficios.

- **Percepción de la capacidad para adoptar conductas protectoras.**

La adopción de medidas preventivas pasa porque los adolescentes se auto-perciban competentes para seguirlas. En este sentido, es importante cómo atribuye cada persona las causas de la infección: si un individuo explica el hecho de infectarse como un caso de mala suerte, poco puede hacer para salir airoso de una situación de riesgo, salvo tocar madera. Se trata pues, de llegar a que el adolescente perciba que las consecuencias dependen de sus propios comportamientos y no de factores externos.

- **Nivel de preocupación.**

Bimbela y Gómez (1994) analizan la conveniencia de recurrir al miedo para prevenir las conductas de riesgo sexual. Los mensajes basados exclusivamente en el miedo consiguen aumentar el nivel de preocupación de aquéllos que no se encuentran en riesgo, mientras que los sujetos que sí lo están tienden a la negación de dicho riesgo. Es conveniente, por tanto, un equilibro entre la activación del miedo y la información constructiva.

- **Percepción de que los cambios conductuales reducirán los riesgos.**

Para establecer esa relación entre comportamiento y reducción de riesgos, la información sobre los métodos preventivos debe ser coherente. El adolescente necesita garantías de que su comportamiento seguro (que implica ciertos costes inmediatos, mientras que los beneficios son a largo plazo) le va a proporcionar las consecuencias positivas deseadas. En ocasiones, los mensajes que recibe el sujeto son contradictorios. Por ejemplo, por un lado aparecen eslóganes que animan a usar siempre el preservativo, mientras que por otro lado surgen voces poniendo en duda la eficacia del profiláctico para evitar la transmisión del VIH. Una información incompleta, errónea o contradictoria puede hacer que la persona se perciba como incompetente para prevenir de forma eficaz el contacto con el virus.

1.4.2 Variable actitudinales.

Las actitudes no garantizan la realización final de una conducta, pero sí predicen una mayor probabilidad de aparición. Así, el hecho de que un adolescente decida mantener únicamente relaciones sexuales seguras, no es garantía de que finalmente se comporte así. En cualquier caso, los datos de la investigación en este campo indican que aunque la intención no es suficiente, sí es necesaria. Diversos estudios han mostrado que la intención de mantener abstinencia sexual correlaciona negativamente con el número de experiencias sexuales. Por otro lado, la intención de usar preservativo en un futuro contacto sexual correlaciona positivamente con su uso (Orbell et al., 1999).

1.4.3 Variables conductuales.

- **Consumo de alcohol y otras drogas.**

El consumo de drogas puede provocar una disminución en la percepción del riesgo, una sobrevaloración de las propias capacidades y un sentimiento de invulnerabilidad. En algunos estudios se ha hallado que hasta el 86 % de los sujetos habían mantenido relaciones sexuales sin protección bajo los efectos del alcohol. Respecto al consumo de otras sustancias, casi un tercio realizó conductas de riesgo después de consumir marihuana. Existe una relación progresiva entre el consumo de alcohol y las conductas de riesgo: los adolescentes que beben con más frecuencia tienen más relaciones sexuales sin protección (O'Hara et al., 1998).

- **Variedad de parejas.**

Existe una relación positiva entre el riesgo de infectarse con el virus del sida y el número de compañeros sexuales. Sin embargo, limitar el número de parejas sexuales, o tener solamente una, no garantiza estar protegido frente al VIH, a menos que al inicio de la relación ambos sean seronegativos y se mantengan fieles a su pareja. Deben darse las dos condiciones para garantizar que en una pareja estable no existe posibilidad de contraer el VIH u otras ETS. La monogamia serial, o el mantenimiento de varias relaciones estables y fieles sucesivamente, no suponen ninguna garantía de protección frente al sida.

- **Utilización adecuada del preservativo**

El correcto uso del preservativo determina su eficacia como barrera frente al VIH. El reducido margen de fallo de este método anticonceptivo se debe en gran medida a su utilización inadecuada. La habilidad de emplear de forma correcta el preservativo de látex se puede aprender fácilmente, observando y practicando con prótesis.

- **Habilidad para solicitar sexo seguro a la pareja.**

Consiste en la capacidad para plantear eficazmente el uso de preservativo o realizar sexo seguro, y mantener a la vez una relación positiva con la pareja. Según se ha observado, no existen diferencias entre chicas y chicos en las habilidades de negociación sexual (Rotheram-Borus et al., 1999).

- **Asertividad ante las situaciones de sexo no seguro.**

Se trata de la habilidad de decir "no" en caso de que la pareja ejerza presión para mantener una relación sin protección. Esta conducta es más improbable en el caso de los chicos (Murphy et al. 1998).

- **Acceso a métodos de prevención.**

La accesibilidad supone la existencia de medios (informativos o materiales) en el entorno próximo del adolescente y que su disponibilidad sea sencilla. En el caso del preservativo, en la medida que pueda adquirirse en más lugares, y que su compra no suponga una barrera para el joven, será más probable que finalmente lo adquiera.

1.4.4 Otras variables

- **Diferencias de género.**

No se puede considerar en sí misma una variable determinante, se han estudiado las diferencias entre chicos y chicas adolescentes distintos aspectos relacionados con las prácticas sexuales de riesgo. Por ejemplo, se ha encontrado que las chicas se consideran más competentes para mantener sexo seguro que los varones. De igual modo, en las sesiones de representación de papeles, se observa que las chicas tienen más facilidad para decir "no" a las relaciones sexuales de riesgo que los chicos (Murphy, et al., 1998). Entre los adolescentes vírgenes, los chicos se muestran más abiertos que las chicas a la posibilidad de que surja una relación sexual. Quizá por esa razón, es también más usual que ellos lleven a mano un preservativo (Mitchell y Wellings, 1998).

- **Creencias religiosas.**

Zaleski y Schiaffino (2000), encuentran relación negativa entre las creencias religiosas, la frecuencia de relaciones sexuales y el uso de preservativos. Según estos autores, las creencias religiosas pueden retrasar la actividad sexual en los adolescentes, lo cual sería positivo para evitar riesgos de enfermedades, pero en cambio no servirían para proteger a los estudiantes que ya son sexualmente activos y que no emplean preservativo.

1.5 Consecuencias de la conducta sexual de riesgo durante la adolescencia.

Como ya se ha teorizado con anterioridad, factores de carácter actitudinal, cognitivo y conductual, están presentes en las creencias y pensamientos que impulsan a los adolescentes a llevarlas a cabo y de esta forma sea considerada como una conducta sexual de riesgo, a continuación se describirán las principales consecuencias.

1.5.1 Infecciones de transmisión sexual.

Las siglas ITS se emplean para referirse a las Infecciones de Transmisión Sexual, las que, como su nombre indica, se transmiten entre otras formas, por medio de las relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) y pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos, parásitos y protozoos. La mayoría de los casos en los que hay una infección de transmisión sexual no aparecen síntomas o son poco expresivos, lo cual facilita la transmisión de la infección y, si no se instaura el tratamiento adecuado, pueden aparecer complicaciones como esterilidad, embarazo extrauterino, cáncer genital u otros.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).- Por su gravedad se la define primero, pues constituye el principal riesgo presente en los adolescentes, es una enfermedad infecciosa, causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que se transmite por vía sexual, a través de la sangre o de la madre al feto, y que hace disminuir las defensas naturales del organismo hasta llegar a su completa desaparición.

Enfermedades de transmisión sexual.

- **Infección por clamidia**

Esta infección es ahora la más común de todas las ETS bacterianas. La infección por clamidia puede causar una secreción genital anormal y ardor al orinar. En las mujeres, la infección por clamidia no tratada puede llevar a complicaciones como la enfermedad inflamatoria pélvica, una de las causas más comunes que provocaría la infertilidad.

En muchas personas, la infección por clamidia no provoca síntomas. Una vez diagnosticada la infección por clamidia, la persona afectada puede curarse con antibiótico.

- **Herpes genital.**

La infección por herpes es causada por el virus del herpes simplex (VHS). Los síntomas principales de una infección por herpes son ampollas dolorosas en el área genital. Estas pueden provocar una sensación de comezón o picor en las piernas, nalgas o región genital.

Las ampollas del herpes generalmente desaparecen en 2 ó 3 semanas, pero el virus permanece en el cuerpo por vida y las lesiones pueden reaparecer con el tiempo. Algunos casos recurrentes o severos de herpes genital pueden ser tratados con drogas antivirales que requieren prescripción médica.

Estas drogas o medicamentos pueden ayudar a controlar los síntomas pero no a eliminar el virus del herpes de su cuerpo. Las mujeres que adquieren el herpes genital durante el embarazo pueden transmitir el virus a sus bebés. La infección no tratada de herpes genital en bebés puede resultar en retraso mental y muerte.

- **Verrugas genitales.**

Las verrugas genitales (también llamadas verrugas venéreas) son causadas por el virus del papiloma humano o VPH, un virus muy relacionado al virus que causa las verrugas en la piel. Las verrugas genitales generalmente aparecen como protuberancias duras que no provocan dolor en el área genital, pene o alrededor del ano. Si no se tratan, pueden crecer y desarrollar una apariencia como de coliflor.

Además, de las verrugas genitales, ciertos tipos de VPH pueden causar el cáncer cervical y otros cánceres cervicales.

- **Gonorrea.**

Los síntomas más importantes de la gonorrea son una secreción de la vagina o pene y dolor o dificultad al orinar. Las complicaciones más serias y comunes de la gonorrea generalmente ocurren en las mujeres.

Estas complicaciones incluyen la enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico e infertilidad. Una vez diagnosticada la gonorrea puede ser tratada efectivamente con antibióticos.

- **Sífilis.**

Los primeros síntomas de la sífilis pueden no ser detectados debido a que son muy leves y desaparecen. Lo primero que aparece es una lesión llamada “chancro”. Esta lesión no produce dolor y es como una llaga en el pene o en la vagina o alrededor de la vagina. También puede ocurrir cerca de la boca, ano o manos. Si la sífilis no se trata, puede avanzar a etapas más avanzadas incluyendo una erupción o rash y eventualmente complicaciones del corazón y sistema nervioso central. La penicilina sigue siendo el tratamiento más efectivo para tratar la sífilis.

1.5.2 Embarazo no deseado durante la adolescencia

El embarazo durante la adolescencia constituye una serie de consecuencias orgánicas tanto para la madre como para su hijo(a), además de psicológicas y socioeconómicas, también provocaría un retraso o estancamiento en sus estudios, afectando completamente su desarrollo normal.

- **Consecuencias del embarazo adolescente en la madre.**

El inicio precoz de las relaciones sexuales es alarmante al igual que el embarazo no deseado en adolescentes; lo que ha implicado que en este grupo etario se presenten una serie de consecuencias.

Tradicionalmente se considera que un embarazo precoz tenia para la adolescente solo consecuencias orgánicas, sin embargo desde el momento en que sabe que está embarazada y debe tomar una decisión, abortar o finalizar su embarazo, está expuesta a importantes consecuencias psicológicas, sociales, económicas, educativas y laborales que pueden durar varios años después del embarazo. Las consecuencias pueden ser:

- **Consecuencias iniciales (Confirmación del embarazo):** Cuando la adolescente conoce que está embarazada se enfrenta a un gran impacto psicológico, poniéndose de manifiesto el miedo, el estrés, ansiedad y múltiples dudas; cómo actuar ante tal situación, como reaccionara su pareja, sus padres y cómo será su futuro en adelante. Siendo así que la adolescente no dispone de estrategias adecuadas de afrontamiento y resolución de este tipo de problemas.

- **Consecuencias a corto y mediano plazo:** Son los efectos del embarazo desde la fecundación hasta la concepción o aborto.
- **Continuar el embarazo:** Al decidir continuar con el embarazo, puede estar expuesta a varias consecuencias tales como: consecuencias orgánicas, psicológicas, sociales, económicas y educativas, grandes posibilidades de enfrentar un nuevo embarazo.

➢ **Consecuencias orgánicas.-** Durante la gestación, el parto y el posparto pueden afectar a la madre y al hijo, siendo así considerados por la OMS como embarazos de alto riesgo. Observándose también que la mortalidad materna dentro del grupo etario de 15 - 19 años en países en desarrollo se duplica en relación a la mortalidad materna de 20 - 34 años de edad. Dentro de las consecuencias orgánicas pueden nombrarse la desnutrición materna que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, otro riesgo es la ganancia insuficiente de peso durante el embarazo. Además muchos autores consideran que la anemia y el síndrome hipertensivo son comunes en las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un alto riesgo para la pre eclampsia. La presencia de anemia microcítica hipocrómica la cual se presenta como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo común en mujeres con una dieta pobre, como en el caso de las adolescentes menores de 20 años quienes por sus caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad constituye al déficit de hierro porque todavía están creciendo y han comenzado a menstruar. Las adolescentes embarazadas tienen más probabilidades de tener un aborto espontáneo o inducido, consecuencia generalmente de un embarazo no deseado.

➢ **Consecuencias psicológicas.-** La madre adolescente a más de asumir los roles de un adulto, específicamente la maternidad, para los cuales psicológicamente no está preparada por seguir siendo una niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto en la primera adolescencia o imaginar un matrimonio son grandes pasos los cuales provocan frustración en sus expectativas de futuro. Algunos autores afirman que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un “síndrome de fracaso”, ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, terminar su

educación, establecer una vocación y conseguir ser independiente. Esta situación tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas madres y la mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión e incluso suicidios, todos ellos problemas frecuentes entre las adolescentes embarazadas. Sin embargo no se asegura que estos problemas psicológicos sean consecuencia del embarazo, tal vez sean causas o causas y consecuencias a la vez.

- **Consecuencias educativas, socio-económicas.-** La deserción escolar es una de las principales complicaciones sociales, en algunos estudios las adolescentes atribuyen que la vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo como el parto prematuro y la preeclampsia son las razones que no les permiten continuar con sus estudios. Como también las posibilidades de conseguir una buena formación se ven disminuidas por la existencia de los problemas escolares, bajo rendimiento académico, dificultad para la inserción en el mundo laboral, reduce las posibilidades de conseguir ingresos suficientes, acarreando con ello consecuencias socio-económicas.

  Al decidir quedarse con su hijo las responsabilidades aumentan, su bajo nivel de formación y su escasa experiencia laboral hacen más fácil que no encuentre un trabajo tornándose su situación económica precaria. Además la situación de ser madre adolescente puede ocasionar problemas de rechazo social: por su pareja, amigos, vecinos o familiares. En casos extremos es rechazada por sus propios padres; privándola de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo social en ocasiones, también económico.

La aparición de un embarazo obliga a la restructuración de las funciones de sus miembros para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar. Inicialmente el nuevo integrante de la familia puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración, esto es mucho más evidente en las familias de los adolescentes que suelen ser más complejas, ya que lo más probable no está esperando la llegada de un nuevo integrante.

La maternidad temprana trae más efectos económicos que sociales afectando principalmente a las madres pobres, lo que arraiga la pobreza de las mujeres de bajos ingresos y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes).

- **Finalizar el embarazo (aborto):** Se considera que entre la cuarta parte y la mitad de estos embarazos terminan de este modo. Dado que los abortos adolescentes suelen ser tardíos, clandestinos y vividos en soledad, las consecuencias orgánicas están presentes como: perforaciones uterinas, hemorragias, infecciones e incluso la propia muerte, encontrándose también efectos a largo plazo sobre la fertilidad futura.

  La decisión de abortar muchas de las veces es tomada a presión para evitar el rechazo social, sin que exista un verdadero convencimiento, por lo que a nivel psicológico es frecuente que la adolescente experimente sentimientos de tristeza, pérdida, culpabilidad y en ocasiones de arrepentimiento. Socialmente puede darse rechazo en caso que el hecho llegue a ser conocido, inclusive enfrentar problemas legales en países donde el aborto es prohibido total o parcialmente por la ley.
- **Consecuencias a largo plazo:** Los factores que modulan las consecuencias a largo plazo de un embarazo no deseado son la seguridad económica y el nivel de educación de educación de los padres de la adolescente, el nivel educativo y las aspiraciones de a joven madre y el grado en el que esta está dispuesta a controlar rápidamente la fertilidad subsiguiente.

- **Para el niño.**

Se ha presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente del cierre del tubo neural en adolescentes menores de 15 años. Un embarazo con un periodo intergenésico menor a 5 años entre la menarquia y el parto también es considerado factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. Entre otras consecuencias del recién nacido están bajo peso al nacer, prematurez, problema de desarrollo, retraso metal, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral, mayor riesgo de maltrato, abandono físico y emocional y repercusiones en el desarrollo psico emocional.

Además afecta negativamente el futuro del niño el bajo estatus socio-económico y el bajo nivel educacional de la madre, los cuales ejercen efectos adversos en las oportunidades para el óptimo crecimiento y desarrollo adecuados para el niño.

2. EVALUACIÓN DIAGNOSTICA DE LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES

2.1 Evaluación diagnostica.

La evaluación diagnostica, para Ballesteros (conoce citó en Mikulic, s.f):

> Es aquella disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y el análisis del comportamiento (a los niveles de complejidad que se estime oportunos) de un sujeto humano o grupo especificado de sujetos con distintos objetivos básicos o aplicados (descripción, diagnóstico, selección, predicción, explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se encardinan la aplicación de una serie de dispositivos, tests y técnicas de medida y/o evaluación. (p. 11)

La evaluación diagnostica, según Martínez, Álvarez & Fernández (2009), es la primera fase del proceso de intervención y se denomina diagnóstico o valoración, "es aquella que se lleva acabo de tres pasos sucesivos e interdependientes: 1) recogida de la información pertinente, 2) análisis de dicha información, 3) elaboración del diagnóstico y toma de decisiones" (p. 352)

2.2 Instrumentos para diagnosticar las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes.

Diagnosticar las conductas sexuales de riesgo en adolescentes es muy complejo puesto que no existe un instrumento ya sea cuestionario, encuesta o test, perfectamente estandarizados que permita determinar con exactitud cuáles conductas se las categorizaría como predictores de riesgo en el ejercicio de la sexualidad, sin embargo, realizando una investigación exhaustiva, se encontraron algunos cuestionarios que cumplen con el parámetro de validez, es decir, ese acuerdo que debe existir entre los objetivos de la investigación y los propios del cuestionario, a fin que puedan ser medibles y ser objeto de una correlación y determinar la eficacia de la propuesta de intervención al finalizar su aplicación, a continuación se detallan los siguientes:

- **Cuestionario de conductas sexuales de riesgo. Elaborado por Liliana V. Maurutto y Griselda Cardozo.**

Este cuestionario fue construido por Liliana V. Maurutto y Griselda Cardozo y presentado en libro Inequidad socio-cultural: Riesgo y resiliencia.

Cuenta con diecinueve preguntas dicotómicas, y por la estructuración de sus preguntas la muestra de la aplicación puede ser dirigida a un sector escolarizado y uno no escolarizado. Las preguntas son específicas y como previamente se ha teorizado las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, entonces, podemos deducir que si las conductas que se encuentran enlistadas en el presente cuestionario son respondidas por el individuo afirmativamente calificaría como una conducta sexual de riesgo, por el contrario de responder negativamente se las descartaría como tales.

- **Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes.**

El presente cuestionario fue elaborado por Barella Balboa JL quien se desempeña como médico general. Centro de Salud de Úbeda (Jaén- Andalucía - España), Mesa Gallardo I, también es médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Beas de Segura (Jaén- Andalucía - España) y Cobeña Manzorro M. que labora como especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. El cuestionario fue estructurado para conocer los conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes en el entorno de las autoras (Jaén, Comunidad de Andalucía- España), fue aplicado por primera vez en febrero de 2001, y es descrita como encuesta estructurada, auto cumplimentada, previa información de los objetivos del estudio, carácter voluntario y anónimo, en aquella ocasión se tomó como muestra aleatoria a 100 alumnos de 4º curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de un Instituto de Enseñanza Secundaria (ESO) de nuestra población (ámbito urbano).

El cuestionario fue elaborado basándose en otro previamente validado, que tiene un coeficiente de fiabilidad alpha que, atendiendo a los distintos grupos de items, alcanza una media de 64. . El cuestionario cuenta con exactamente 22 preguntas y se usaron dos tipos de preguntas, unas que exploran datos demográficos y de información general, a las que el sujeto debía responder eligiendo su respuesta entre varias opciones que se le presentaban, y otras, tipo Likert,(a partir de la novena pregunta) para la exploración de conocimientos y aptitudes, que contenían enunciados ante los cuales el encuestado

debía expresar su grado de acuerdo o desacuerdo mediante la asignación de una puntuación comprendida entre 1 –totalmente de acuerdo- y 5 – totalmente en desacuerdo-, y fueron pilotadas aplicándoselas primero a un grupo reducido de adolescentes del centro de la misma edad, estimándose las respuestas y adecuando las preguntas al lenguaje de la edad y compresión.

El cuestionario recoge datos generales demográficos –edad, sexo- y del nivel de estudios de los padres, de opinión propia sobre su valoración como estudiante, relativos a la pareja, si es que la tenían, grado de confianza y estabilidad de la relación, y sobre conocimientos y actitudes sobre sexualidad (masturbación, relaciones sexuales, embarazo y forma de evitarlo, ETS, uso de preservativos y otros métodos de evitación de un embarazo no deseado). La encuesta fue pasada a los participantes en horas de clase con la colaboración del psicólogo orientador del centro, el mismo día a toda la muestra para evitar sesgos en la respuesta. Se distribuyeron los cuestionarios a todos los alumnos presentes en el aula, con el fin de mantener la confidencialidad y evitar sesgos de selección (que fueran los más motivados en el tema o los más informados los que contestaran).

Antes de la distribución de las preguntas se presentó el tema y los objetivos que pretendíamos, enfatizando el carácter anónimo de las preguntas, rogándoles la máxima sinceridad y haciéndoles saber que no había respuestas correctas o incorrectas, que todo lo que contestaran era válido siempre que reflejaran lo que ellos pensaban.

- **Cuestionario de análisis de la educación sexual familiar.**

El cuestionario fue elaborado por Leonardo Romero, mide la amplitud de información que manejan los adolescentes sobre educación sexual, consta de 47 preguntas tipo Likert, su rango de valoración va desde 1 que equivale a nunca, 2 que es igual poco, 3 que equivale a más o menos y 4 con equivalencia a que el tema lo maneja con amplitud.

- **Escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes.**

Elaborado por López-Rosales y José Moral-de la Rubia. Su objetivo es estudiar la consistencia interna, validez y estructura factorial de la escala Self Efficacy for AIDS (SEA-27) desarrollada en población estadounidense y adaptada a población mexicana.

Los autores aplicaron aplicaron la Self Efficacy for AIDS en una muestra de 3 265 estudiantes neoleoneses de secundaria. No obstante, efectuaron algunas modificaciones en la escala, pasando ésta de 22 a 27 elementos. Dichos cambios fueron motivados por la dificultad hallada para entender algunos ítem o ambigüedad en la respuesta. A esta versión de 27 elementos la vamos a denominar SEA-27. Se volvió a hallar un nivel de consistencia interna alto de 0.91, calculado por la alpha de Cronbach.

2.3 Selección del instrumento para el diagnóstico de conductas sexuales de riesgo en la adolescencia.

Después de analizar los diferentes cuestionarios que abarcan la temática de la sexualidad de los adolescentes y sus conductas frente a estas, se seleccionó:

- **Cuestionario de educación sexual familiar, del Dr. Leonardo Romero.**

El cuestionario fue elaborado por Leonardo Romero, mide la amplitud de información que manejan los adolescentes sobre educación sexual, existiendo preguntas específicas en las cuales se manifiestan sus conductas sexuales en el ejercicio de la misma, permitiendo conocer si podrían ser consideradas como de riesgo, provocándoles consecuencias negativas en su vida.

Consta de 47 preguntas tipo Likert, su rango de valoración va desde 1 que equivale a nunca, 2 que es igual poco, 3 que equivale a más o menos y 4 con equivalencia a que el tema lo maneja con amplitud.

Forma de calificar.- En cada columna sume las marcas de cotejo y multiplique por el número que aparece en la parte superior de esa columna. Por ejemplo, diez marcas en la primera fila se multiplican por cuatro y equivale a 40. Anote esa cantidad en el espacio correspondiente. Luego sume los totales de las cuatro columnas, y anote ese total. Examine, entonces, la interpretación de los resultados con la tabla siguiente:

Tabla de valores

160 – 104	Con amplitud (4)
103 – 84	Más o menos (3)
83 – 74	Poco (2)
73 – 70	Nunca (1)

2.4 Selección del cuestionario para el pre y post test de conductas sexuales de riesgo en la adolescencia.

Tomando en cuenta que el SIDA es una de las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia, además de embarazos no esperados y contraer enfermedades de transmisión sexual, es viable aplicar:

- **Cuestionario de conductas sexuales de riesgo. Elaborado por Liliana V. Maurutto y Griselda Cardozo.**

Este cuestionario fue construido por Liliana V. Maurutto y Griselda Cardozo y presentado en libro Inequidad socio-cultural: Riesgo y resiliencia.

Cuenta con 17 preguntas dicotómicas, y por la estructuración de sus preguntas la muestra de la aplicación puede ser dirigida a un sector escolarizado y uno no escolarizado. Las preguntas son específicas y como previamente se ha teorizado las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, entonces, podemos deducir que si las conductas que se encuentran enlistadas en el presente cuestionario son respondidas por el individuo afirmativamente calificaría como una conducta sexual de riesgo, por el contrario de responder negativamente se las descartaría como tales.

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

3.1 Definición de intervención

Para Casas (como se citó en Bueno y Rosser,2002), expresa que intervención es:

> La introducción, interposición o intermediación desde una postura de autoridad, de un elemento externo entre dos partes con la intención de modificar o inferir en el funcionamiento de un proceso o sistema en una dirección dada (cambio direccional, cesación, desarrollo, etc.). La intervención comporta, pues, un proceso de interferencia o influencia y persiguen un cambio. (p. 24)

Además hay que discernir entre intervención psicosocial e intervención social. La primera se refiere al cambio de las conductas interpersonales, mientras, la segunda propone un cambio situacional que pudiera mejorar las condiciones de vida. (Bueno & Rosser, 2002)

3.2 Definición de propuesta de intervención

Según Rodríguez Espinar y col. (como se citó en Ambriz, 2009.) es un conjunto de acciones sistemáticas, planificadas, basadas en necesidades identificadas y orientada a unas metas, como respuesta a esas necesidades, con una teoría que lo sustente. (p.3).

Entonces se entiende a la propuesta de intervención como aquellas acciones organizadas que sean factibles y aplicables, para realizar una mejora o resolver una problemática grupal, social o institucional.

3.3 Principios

En los últimos tiempos, se han señalado distintos principios: principio antropológico, principio de prevención, principio de desarrollo, principio de intervención comunitaria.

3.3.1 Principio antropológico

En este principio subyace implementado por Rodríguez Espinar et al. (1993) y con Álvarez Rojo (1994) determina la concepción que el profesional de la orientación se hace del ser humano. Responde a preguntas como ¿quién soy yo?, ¿qué hago aquí?, ¿qué sentido tiene mi existencia?, ¿qué tipo de persona pretendemos que llegue a ser el individuo que estamos orientando?, ¿cuáles son las características del proceso de convertirse en persona?, ¿cuáles son las competencias de la orientación en este proceso? La respuesta a estas preguntas va a ser determinante de la manera en que nos situemos ante la vida y ante nuestra profesión de orientadores.

Además, va a condicionar la forma en que eduquemos y enseñemos a los estudiantes y al profesorado con respecto a su propia vida. Por ello, según Frankl (como se citó en Sanchiz, 2009) es importante trabajar el autoconcepto, la autoestima, la revisión del proyecto personal de vida y la búsqueda de sentido. (p.52)

El principio antropológico está relacionado con el movimiento filosófico del existencialismo, el cual defiende que el ser humano es libre, a pesar de las limitaciones personales y los condicionamientos ambientales. Dicha libertad reclama, a su vez, la responsabilidad. Según Bouché (como se citó en,2009), "el ser humano no es una cosa más instalada en el mundo o arrojada al mismo […] sino que es un creador de sentido, cuya libertad, en esencia, constituye, principalmente, una propiedad del acto voluntario e inteligente. (p.52).

3.3.2 Principio de prevención

Surgido del ámbito de la Salud Mental, el principio de prevención reclama que se intervenga antes de que se produzca el hecho conflictivo. Conlleva una actuación anticipada, en cualquier ámbito de la vida, con la finalidad de evitar que surjan problemas. En la literatura al respecto se citan tres tipos de prevención, si bien, la verdadera es aquella que se produce ante factum, es decir, antes del hecho o suceso no deseado. Estos tres tipos de prevención son:

- Prevención primaria: actúa antes de que surja el problema.
- Prevención secundaria: actúa en cuanto aparece el problema.
- Prevención terciaria: actúa ofreciendo tratamiento y rehabilitación ante el problema ya desarrollado.

La auténtica prevención, la primaria, suele dirigirse a la población en su conjunto y tiene como objetivo la máxima integración ecológica entre sujeto y ambiente. Conyne (1983) la caracteriza así: Es proactiva.

- Se centra en poblaciones de riesgo.
- Reduce la incidencia de una situación.
- Elimina circunstancias o modifica condiciones ambientales.
- La intervención puede ser directa o indirecta.

- Estimula la fortaleza emocional para que la persona sepa afrontar situaciones que conllevan riesgo. (Sanchiz, 2009, p.53)

En educación se puede llevar a cabo una importante labor preventiva, en todos los niveles, especialmente en Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria.

3.3.3 Principio de desarrollo

Según Martínez, en 1998 (como se citó en Sanchiz, 2009), el principio se fundamenta en el concepto de desarrollo que:

> Entiende la evolución del ser humano como un proceso de continuo crecimiento, de cambios cualitativos hasta convertirlo en un ser cada vez más complejo. Gracias a dichos cambios, la persona adquiere nuevas experiencias, las integra y amplía, posibilitando, de este modo, el desarrollo de la personalidad. (p.53)

Pero además para Oña (2010) establece que podemos:

> Entender el principio de desarrollo como la capacidad de cada individuo de plantearse, elaborar y llevar a cabo un proyecto vital y responder a preguntas como: quién soy, qué espero de la vida, qué puedo aportar a los demás, etc. Dotar a cada persona de las competencias necesarias para afrontar estas preguntas y sus consecuentes respuestas son objetivos que ha de asumir una intervención socioeducativa que quiera ser de calidad. (p.12)

3.3.4 Principio de intervención social

Este principio pone de manifiesto la importancia que tiene para la intervención socioeducativa el contexto social en el que se desarrolla cada persona. (Oña, 2010)

Los enfoques sistémico-ecológicos han puesto de manifiesto que, para que los programas de intervención resulten eficaces, es preciso tener en cuenta los contextos escolares y extraescolares en los que se desenvuelve la vida de los destinatarios de dichos programas.

3.4 Modelos de intervención

Las definiciones de modelos de investigación frecuentemente citadas son las siguientes:

Para Bunge (1980) los modelos son sistemas conceptuales que intentan representar aspectos interrelacionados de sistemas reales, los representa por un círculo pequeño dentro de uno mayor, este último hace referencia a la teoría en la cual se enmarca el modelo.

Según Bogdan y Bilken (1982) un modelo es un conjunto de presupuestos ensamblados lógicamente que orientan el pensamiento y la investigación.

En la investigación científica se pueden proponer hipótesis y formalizar modelos, cuya revisión continua mediante la contrastación con la realidad, en nuestro caso la orientación se distinguen tres modelos: el modelo clínico o cunseling, el modelo de consulta y modelo de servicios.

3.4.1 Modelo clínico o Counseling.

Desde esta perspectiva, según Oña (2010), "la intervención considera que el problema está en el sujeto, que las perturbaciones son inherentes al mismo". (p. 6)

Por ello, surgen servicios y programas desde los diferentes enfoques "científicos" que atienden a sujetos. Los procedimientos destinados a cambiar el comportamiento se llaman "terapias" y son administrados a "pacientes" en centros terapéuticos y la conducta que no está dentro de la norma es enjuiciada de dos formas: o se considera como producto de la enfermedad aunque no existe etiología orgánica detectada; o el concepto de enfermedad se amplía muchísimo al ser aplicada a situaciones o conductas problemáticas.

3.4.2 Modelo de consulta.

Para Sanchiz (2010) lo define como:

> La relación entre dos profesionales generalmente de diferentes campos: un consultor (orientador, psicopedagogo) y un consultante (profesor, tutor, familia) que plantean una serie de actividades con el fin de ayudar/asesorar a una tercera

persona o institución. Ésta puede ser un alumno, un servicio, una empresa, etc. (p.96).

3.4.3 Modelo de servicios.

En el campo de la educación y el trabajo social el modelo de servicios se ha caracterizado por la intervención directa de un equipo o servicio sectorial especializado, sobre un grupo reducido de sujetos.

Este modelo suele vincularse a las instituciones públicas, caracterizándose por una oferta muy diversa de servicios o prestaciones cuya finalidad es atender a las disfunciones, carencias o necesidades que se demandan por parte de la población.

Desde este modelo se prima la intervención directa, centrándose en las necesidades de las personas con dificultad y en situación de riesgo.

3.5 Concreción de la propuesta de intervención para prevenir conductas de riesgo en el ejercicio de la sexualidad de los estudiantes.

3. 5.1 Modelo de programas.

Según Repetto (citado por Sanchiz 2009) entiende por programa a toda actividad preventiva, evolutiva, educativa o remedial que, teoréticamente fundamentada, planificada de modo sistemático y aplicada por un conjunto de profesionales de modo colaborativo, pretende lograr determinados objetivos en respuesta a las necesidades detectadas en un grupo dentro de un contexto educativo, comunitario, familiar o empresarial (p. 92). Por su parte, Álvarez, Riart, Martínez & Bisquerra (citado por Sanchiz, 2009) definen el programa como una acción continuada, previamente planificada, encaminada a lograr unos objetivos, con la finalidad de satisfacer necesidades, y/o enriquecer, desarrollar o potenciar determinadas competencias.

Todo programa, por tanto, implica una actividad planificada, la cual debe encontrar su fundamento en las teorías previamente desarrolladas. Además, la aplicación del programa supone una actuación común, colaborativa y abierta a diversos contextos, donde la finalidad es dar respuesta a unas necesidades previamente detectadas. Los siguientes elementos son imprescindibles en todo programa:

- Ha de basarse en la identificación de unas necesidades.
- Ha de dirigirse al logro de unos objetivos para cubrir las necesidades detectadas.
- La actividad se ha de planificarse previamente.
- La actividad ha de ser evaluada.

3. 5.2 Fases del modelo de programas

Las fases del modelo de programas han sido abordado por diferentes autores, pero, particularmente Rodríguez Espinar (citado, por Sanchiz, 2009, p.94), ofrece su modelo de fases del programa, que resulta adecuado para el presente proyecto de investigación:

1. Análisis del contexto y detección de necesidades
2. Fundamentación teórica
3. Elaboración del plan de actuación

3.1. Formulación de objetivos

3.2. Especificación de los contenidos a trabajar

3.3. Propuesta metodológica

3.3.1 Principios y estrategias

3.3.2 Recursos necesarios

3.3.3 Personales

3.3.3.1 Materiales

3.3.3.2 Espaciales

3.3.3.3 Temporales: calendario y horario. Cronograma.

3.3.3.4 Económicos: presupuesto

3.3.4 Actividades

3.4 Propuesta de Evaluación

4. Aplicación y seguimiento del programa
5. Evaluación costes-beneficios-efectividad
6. Toma de decisiones respecto a mantenimiento, supresión, o modificación del programa

3. 5.3 Modelos de educación sexual.

- **Modelo moral**

Nace como reacción de las instituciones conservadoras a las otras formas de educación sexual. La intención de este modelo no es educar la sexualidad, sino contestar de forma reaccionaria a través de su doctrina, es decir silenciar la sexualidad, reducirla al secreto. Foucault (citado por Fernández & Carrera, 2009), lo define:

> El modelo moral adopta una actitud prohibitiva hacia la sexualidad, actitud que ha sido un continuo a lo largo de la historia desde el siglo XVII. La propagación de estos temas no ha sido considerada propia y adecuada por parte de las personas conservadores, quienes prefieren mantenerlo en el silencio o hablan sobre la sexualidad bajo su doctrina y filosofía. Sus principales objetivos son fomentar la abstinencia como único método seguro para prevenir los riesgos derivados de la actividad sexual, preparar para el matrimonio y fortalecer el carácter y la voluntad para no sucumbir al sexo antes del matrimonio ni a la infidelidad durante el mismo. La responsabilidad de esta educación sexual recae principalmente en la familia desde luego de tipo conservador y fuentes de convicciones religiosas. Todo esto causa que la capacitación de las personas en estos temas siga estancada. (p.p. 40-41)

- **Modelo de riesgos**

También llamado modelo preventivo o médico, surge como una necesidad social para evitar los riesgos derivados de la actividad sexual. Se basa en un modelo clínico-médico o higienista, que entiende la salud como la mera ausencia de enfermedad. María Lameris Fernández & María Victoria Carrera Fernadez (2009) señalan que:

> Este modelo indica que la intervención se realiza para evitar enfermedades, o detectarlas y curarlas. No tiene cabida una educación sexual para mejorar el bienestar interpersonal y la calidad de vida de las personas. Siendo sus principales objetivos evitar los problemas de la salud derivados de la actividad sexual y sus consecuencias. Se desarrolla a través de dos visiones, la técnica y la moralista conservadora. Una forma de evitar riesgos es llevar acabo actividad sexual solo con la pareja sellada por el vínculo del matrimonio y no ser infieles. En este modelo se desarrolla una actitud más permisiva que fomenta discursos sobre el sexo, liberándolo superficialmente del secreto y del silencio, convirtiendo el antiguo concepto de pecado en la moderna idea de peligro y enfermedad, las principales formas de intervención estas centradas en la

capacitación a pares, estudiantes, grupos maestros y a la población en general mediante campañas publicitarias, charlas preventivas y la creación de asociaciones. (p.p. 44 - 45)

- **Modelo para la revolución sexual y social**

Nace en Viena, es creado por Reich alrededor de los años treinta tiene su origen en la izquierda freudiana que hace síntesis de las ideas de Freud y Marx, María Lameris Fernández & María Victoria Carrera Fernadez (2009) manifiesta que:

> Este modelo parte de la premisa de que la revolucion sexual es una condicion indispensable para la revolucion social y viseversa, reividica la necesidad de la educación sexual en la escuela, el acceso libre de anticonceptivos el derecho al aborto o la creación de lugares para que los jóvenes y las jóvenes puedan tener relaciones sexuales en condiciones dignas. El principal objetivo de este modelo es ambicioso, ya que pretende contribuir a aumentar la conciencia critica sobre el sentido de la emplotacion social y la represion sexual en los y las adolescentes. (p.p. 45- 46).

- **Modelo biográfico y profesional**

Nace en Suecia en la década de los 50 y poco a poco se va extendiendo. Es un modelo que parte de un hecho científico fundamental acerca de la sexualidad, parte de una postura relativista y plural, basada en el conocimiento científico y en el derecho de la diversidad de biografías sexuales. María Lameris Fernández & María Victoria Carrera Fernadez (2009) señalan que:

> Se basa en un concepto positivo de salud en general y salud sexual en particular, entendiéndolas como elementos indispensables para la promoción del bienestar personal y la calidad de vida de todas las personas. El principal objetivo es ayudar a conseguir el bienestar personal y la calidad de vida desde la identidad y la biografía sexual que cada persona elija tener. Además desmitificar falsas creencias sobre la sexualidad y la actividad sexual adquiriendo conocimientos científicos y habilidades sociales de comunicación y toma de decisiones y fomentar una ética básica en las relaciones sexuales. (p.p.48-49)

Este modelo debe llevarse a cabo con una corresponsabilidad adecuada entre la familia y los establecimientos educativos diferenciando los roles que cumple cada uno de ellos. Los padres y las madres tienen el deber de proteger, cuidar y educar a sus hijos acerca del ámbito sexual ofreciéndoles informaciones, se debe destacar que en este modelo se utiliza una metodología activa y participativa.

3. 5.4 Programa de educación sexual.

La sexualidad humana son términos que engloban diferentes factores tanto internos que harían referencia estrictamente a características fisiológicas que distinguirían a una persona como hombre o mujer, como factores externos específicamente al ambiente y la forma en que estos interactúan formando en el individuo la necesidad y el deseo sexual.

Por ello es fundamental revisar la definición de Lameiras y Carrera (2009) en el señalan que:

> La sexualidad humana constituyen un conjunto amplio de manifestaciones corporales y actitudinales, que fundamentalmente se estructuran por influencias culturales y sociales más que por un determinismo biológico, y que explica procesos sociales tan importantes como la identidad sexual, el concepto de género, los roles o los vínculos afectivos; instituciones como la familia o el matrimonio; el divorcio, y funciones como las de comunicación, placer o reproducción. Por todo ello, no puede entenderse al margen del mundo social, pero tampoco el mundo social podrá comprenderse en su totalidad sin la sexualidad. (p.28)

- **Definición de educación sexual.**

Los autores Kaplan y Sandock (citados por Lameiras y Carrera, p. 33), señalan que la educación sexual no sólo es transmitir información sobre anatomía y fisiología, sino formar actitudes en el individuo que le capaciten para que pueda crear su propio sistema de valores, lo que le permitirá gozar de una vida sexual más sana, consciente y responsables.

Es importante resaltar que aunque la sexualidad y otros aspectos que se encuentran dentro de ella como sexo, reproducción, identidad de género y satisfacción y necesidad sexual toman una marcada importancia en la adolescencia es necesaria la intervención

correlacionada entre padres y agentes educativos para que la educación sexual sea impartida desde los primeros años de vida y continúe a lo largo de toda la vida.

- **Objetivos y contenidos en función de la etapa del ciclo vital (adolescencia).**

El presente programa está dedicado exclusivamente al cubrir las necesidades de información de los padres con respecto a la prevención las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, es importante satisfacer el vacío de información acerca del tema.

El inicio de la adolescencia coincide con la aparición de la pubertad y todos los cambios relacionados tanto emocionales, cognitivos y fisiológicos, que interactúan entre sí para formar un sistema de valores que será muy evidente en el ejercicio de su sexualidad.

A continuación Lameiras & Carrera (2009) realizan un trabajo recopilatorio con respecto a los objetivos específicos y contenidos con respecto a una educación sexual en esta etapa vital:

1.- Favorecer el desarrollo de la identidad corporal.- Los contenidos teóricos se relacionarían con brindar información acerca de:

- Cuerpo sexuado (órganos sexuales internos y externos).
- Intersexualidad.
- Funcionamiento de los órganos sexuales.
- Cambios fisiológicos, psicológicos y sociales de la pubertad,
- Imagen corporal.
- Modelos imperantes de belleza.

2.- Favorecer el desarrollo de identidad sexual y de género.- se considera abarcar los siguientes temas:

- Identidad sexual.
- Riqueza de la dimensión sexual humana.
- Estereotipos y roles de género.
- Diversidad de la identidad sexual.
- Influencia cultural y diversidad sexual.
- Respeto, tolerancia e igualdad.

3.- Fomentar el desarrollo de la valoración personal.- Cubriendo aspectos relacionados con:

- Autoestima y valoración personal.
- Respeto y valoración de las demás personas.

4.- Potenciar el desarrollo de las relaciones interpersonales.- En este objetivo los temas implicados serían:

- Necesidades interpersonales: familia, amistades o relaciones de pareja.
- Características definitorias de la familia.
- Características definitorias de la amistad.
- Importancia de reconocer y valorar los diferentes tipos de familias.
- Importancia de la amistad.
- Diferencias entre compañerismo y amistad.
- Características definitorias definitorias del enamoramiento y del amor.
- Mitos de las relaciones amorosas.
- Deseos y atracción: características definitorias y diferencias.
- Habilidades sociales.

5.- Conocer y valorar la diversidad de la conducta sexual.- Los aspectos teóricos de estudio comprenderían:

- Sexualidad.
- Funciones de la sexualidad.
- Características de la sexualidad desde la infancia hasta la vejez.
- Riqueza de la dimensión sexual humana.
- Las diferentes conductas sexuales.
- Carácter construido de la sexualidad.
- Diferencia entre conducta sexual y orientación sexual.
- Tolerancia y respeto a la diferencia.
- Fases de la respuesta sexual humana.
- Mitos de la respuesta sexual humana.

6.- Favorecer la salud sexual.- Este objetivo presenta una relación directa con respecto a la propuesta que se desea llevar a cabo, pues comprendería temas acerca de:

- Sexualidad y calidad de vida.
- Salud sexual. Riqueza de la dimensión sexual humana.
- Conducta sexual de riesgo.
- Embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y sida.
- Métodos anticonceptivos y preventivos.
- Habilidades de manejo de los manejos anticonceptivos y preventivos.
- Derechos sexuales.
- Uso comercial de la sexualidad: pornografía, reclamo comercial, etc.
- Aborto.
- Abuso sexual. Acoso, agresión y violación sexual.

4. APLICACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

4.1 Presentación del programa.

El programa de educación sexual dirigido a padres tiene como objetivo principal el de prevenir conductas sexuales de riesgo, para ello se difundirá información acerca conductas sexuales en los adolescentes y sus consecuencias, promoviendo y generando información en los padres de familia, y el desarrollo de la comunicación en este tema, para que ellos a su vez sean actores principales en las decisiones de tomen sus hijos en el ejercicio de su sexualidad.

El programa será ejecutado a través de talleres y los posibles temas a desarrollar serán elaborados a partir de los siguientes temas de educación sexual:

- Salud sexual. Riqueza de la dimensión sexual humana.
- Diferencia entre conducta sexual y orientación sexual.
- Conducta sexual de riesgo.
- Embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y sida.
- Métodos anticonceptivos y preventivos.
- Métodos anticonceptivos y preventivos.

El programa, se llevará a cabo mediate talleres, para ello, es necesario, establecer una definición de taller y según Medina (citado por Muñoz et al. 2009), expresa respecto a los talleres "el término taller ha tomado en los últimos tiempos una asignación especial y variada en el desarrollo de la actividad educativa y en particular en el quehacer pedagógico". (p.47)

Un taller consiste en la reunión de un grupo de personas que desarrollan funciones o papeles comunes o similares, para estudiar y analizar problemas y producir soluciones de conjunto.

Para Betancourt, Guevara y Fuentes, (2011), el taller combina actividades tales como trabajo de grupo, sesiones generales, elaboración y presentación de actas e informes, organización y ejecución de trabajos en comisiones, investigaciones y preparación de documentos. Entre las ventajas del taller se encuentran las de desarrollar el juicio y la habilidad mental para comprender procesos, determinar causas y escoger soluciones prácticas. Estimula el trabajo cooperativo, prepara para el trabajo en grupo y ejercita la actividad creadora y la iniciativa. Exige trabajar con grupos pequeños, aunque conlleva a ser manejado por uno o dos líderes, por lo cual se debe manejar con propiedad técnica y poseer conocimientos adecuados sobre la materia a tratar.

Además, según Ander Egg (citado por Betancourt et al. 2011, p.16), propone que la estructura juega un papel importante para la planificación del taller. Esta se difiere o depende de circunstancias como:

- Definir qué tipo de taller se tratara; vertical, total, horizontal.
- En que disciplina o en que índole se aplicara el taller.
- Que estructura posee el centro educativo y que flexibilidad posee.
- Características del docente y el alumno que participaran en la experiencia.

5. VALORACIÓN DE LA PROPUESTA ALTERNATIVA

Para valorar el impacto del presente programa se trabajará con el coeficiente de correlación lineal de Frank Pearson y de esta forma verificar si el presente proyecto cumple con los objetivos propuestos.

5.1 Coeficiente de correlación lineal de Frank Pearson (r)

Según Hernández, Fernández & Baptista (2010), lo definen como "una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón". (p. 311)

El coeficiente de correlación de Pearson se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en una muestra en dos variables. Se relacionan las puntuaciones recolectadas de una variable con las puntuaciones obtenidas de la otra con los mismos participantes o casos.

Fórmula:

$$r(x,y) = \frac{N\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N\sum x^2 - (\sum x)^2]\,[N\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

N= Tamaño de la población

Σ= Sumatoria

X = Pre-prueba

Y= Post-prueba

Interpretación: el coeficiente r de Pearson puede variar de -1.00 a + 1.00, donde:

Valor	**Significado**
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Fuente: Suárez, M. (2011) *Coeficiente de correlación de Karl Pearson*

5.2 Definición de pre-test

Según Fernández (2000) son “las medidas u observaciones se recogen antes de aplicar el tratamiento”. (p. 489)

Es la información que se obtiene al aplicar por primera vez el instrumento de medida (test, encuesta o cuestionario).

5.3 Definición de pos-test

Según Fernández (2000), establece que son “las medidas se recogen después de aplicar el tratamiento”. (p. 489)

Adicionalmente Lameiras & Carrera (2009), nos indican su posicionamiento, con respecto a la evaluación postest, determinan que una vez terminado el programa debe administrarse nuevamente la batería de instrumentos que se aplicaron en la evaluación inicial para establecer el impacto del programa y la consecución de los objetivos del mismo.

f. METODOLOGÍA

Para la estructuración y desarrollo del presente proyecto de investigación se utilizará la siguiente metodología:

- **Tipo de estudio.**

La presente investigación será de corte transversal porque se realizará en un tiempo y período determinado y descriptivo porque parte del conocimiento de los adolescentes acerca del ejercicio de la sexualidad para posteriormente determinar si corresponden a las conductas de riesgo sexuales e identificar las variables que lo determinan, las consecuencias de las mismas y la forma de prevenirlas, además es explicativo porque busca el porqué de los hechos, mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto, y finalmente es correlacional porque se medirá la efectividad del programa de educación sexual dirigido hacia padres para prevenir las conductas sexuales de riesgo en adolescentes .

- **Diseño de Investigación.**

La investigación será de carácter descriptivo y cuasi-experimental. Según Sabino (como se citó en Ochoa 2013), señala que el estudio es descriptivo cuando es "el que busca principalmente describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando para ello cierto criterios sistemáticos con el fin de destacar los elementos esenciales de su naturaleza" (p.100)

El diseño para esta investigación será de tipo cuasiexperimental. Según Nieto y Rodríguez (2010) explican que la metodología cuasiexperimental se lleva a cabo en una situación real o de campo, donde una o más variables independientes son manipuladas por el investigador en condiciones controladas sólo hasta donde permita la situación. En general la metodología cuasiexperimental pretende explicar relaciones de casualidad comprobando grupos de datos procedentes de situaciones provocadas por el investigador pero que carecen de un control completo.

Se manejará el proceso pretest – intervención – postest en donde a los adolescentes se les aplicará una un cuestionario y de esta forma reflejarán su percepción sobre las conductas de riesgo en el ejercicio de su sexualidad y sus posibles consecuencias,

permitiendo saber lo que piensan los adolescentes acerca del tema y ayudar a que los padres los guíen y orienten en esta etapa crucial de sus vidas, después se aplicará el programa el cual será evaluado mediante la aplicación del post-test.

Métodos:

Los métodos que servirán para la presente investigación serán:

El método científico.- Según Méndez (2011) lo define como un "procedimiento riguroso formulado de manera lógica para lograr la adquisición, organización, satisfacción o sistematización y expresión o exposición de conocimientos, tanto en su aspecto teórico como en su fase experimental". (p. 237).

Es método es la base de la investigación, que inició con la observación de la realidad de la institución educativa, la descripción del objeto de estudio, permitiendo desarrollar este programa de intervención con la formulación del problema que será explicado mediante el sustento científico del marco teórico que orientan la temática propuesta.

El método deductivo.- Para Muñoz (2011), establece que:

Deducción es el proceso de razonamiento que parte de un marco general (el cual sirve de referencia), y va hacia lo particular. Es un método que se utiliza para inferir de lo general a lo específico, de lo universal a lo particular. El razonamiento deductivo es el que permite inferir los hechos con base en leyes generales, premisas o teorías de aplicación universal para llegar a conclusiones particulares. (p. 216).

Este método ayudará a determinar los situaciones problemáticas a través realidad vivida y a partir de esto formular temáticas específicas.

El método inductivo.- Es necesario detallar la definición expuesta por Méndez (2011, "Es el proceso de conocimiento que inicia con la observación de de fenómenos particulares con el propósito de llegar a conclusiones y premisa generales que se pueden aplicar a situaciones similares a la observada". (p. 236)

Mediante este método se abordará la información específica acerca de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes con el prevenir las consecuencias de estos.

El método analítico.- Para Descartes (2003), toma por punto de partido el conocimiento buscado, y retrocede, suponiendo órdenes de dependencia, en los que ese conocimiento está incluido, hasta lograr la conexión con cadenas deductivas que son ya conocidas y evidentes. (s.p.)

Fundamental en la interpretación de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes y tener una concepción componentes como las consecuencias, y variables actitudinales cognitivas y conductuales que lo determinan.

El método sintético.- Para Bernal (2006, p. 56), consiste en integrar los componentes dispersos de un objeto de estudio, para estudiarlos en su totalidad.

Servirá para analizar y resumir de forma breve y metódica los elementos teóricos de las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes, para tener una comprensión total y de cada una de las partes y particularidades que lo constituyen.

El método subjetivo.- Para Muñoz (2011, p. 218), "es aquél que mediante el cual se observan los hechos y fenómenos sólo desde un punto de vista subjetivo, individual y con un enfoque particular. De esta forma, se llega a una conclusión que se acepta o rechaza por medio del razonamiento y la interpretación subjetiva".

De gran importancia pues ayudará a desarrollar nuestro razonamiento con respecto al origen del problema, basándonos en la observaciones de las manifestaciones del mismo y buscar los referentes teóricos que permitan fundamentar nuestras suposiciones.

El método histórico.- Según explica Langlois & Seignobos (2009) es el "utilizado para construir la historia. Sirve para determinar científicamente los hechos históricos, luego para agruparlos en un sistema científico". (p.29).

Este método me ayudará en la localización y recopilación de las fuentes documentales y su respectiva interpretación y también la respectiva crítica de esas fuentes.

El método descriptivo.- Que me permitirá la descripción de los hechos. Se utilizará en la consulta de libros, revistas y artículos científicos, internet, los cuales fundamentan la elaboración del marco teórico.

El método lógico.- Según Fernández (2009) lo define como conjunto de reglas o medios que se han de seguir o emplear para redescubrir la verdad o para que la demuestre el investigador. Son comunes en todas las disciplinas en las que se tenga que ver con el saber. Tiene su aplicación en el campo de la Lógica (deductivo), en la ciencia (inductivo). Son todos aquellos que se basan en la utilización del pensamiento en sus funciones de deducción, análisis y síntesis en todo el proceso de la investigación.

Además de acuerdo a los objetivos propuestos en el presente proyecto, se toman en consideración otros métodos tales como:

El método comprensivo.- Relacionado con el primer objetivo (marco teórico), este método se lo utilizará para teorizar científicamente la las conductas sexuales de riesgo, y sus componentes como la explicación de las conductas de riesgo desde el punto de vista de diferentes autores, así como las variables actitudinales, cognitivas y conductuales que están presentes en el ejercicio de la sexualidad de los adolescentes, además de las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo en la salud, y finalmente la forma de prevenirlos.

El método de diagnóstico.- Relacionado el segundo objetivo (diagnóstico),que permitirá obtener información específica, acerca de la percepción de las conductas sexuales de los adolescencia para posteriormente organizarla y así conocer si están en un nivel que puedan provocar un riesgo, y traerles consecuencias en sus vidas

El método de modelación.- Relacionado con el tercer y cuarto objetivo (correspondiente al diseño y aplicación de la propuesta de intervención), este método servirá para el diseño y aplicación de la propuesta alternativa de intervención y para poder explicar la realidad basado en un referente teórico, que permita prevenir las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes.

El método Correlación lineal de la r de Pearson.-Relacionado con el quinto objetivo (evaluación de la propuesta de intervención) permitirá evaluar la efectividad del programa de educación sexual para padres mediante la correlación de los resultados del pre-test y post- test aplicados a los adolescentes de la institución educativa.

Técnicas e instrumentos de investigación

Para la presente investigación se tomara como instrumento de diagnóstico el cuestionario de análisis de la educación sexual familiar, que mide el nivel de conocimientos sobre educación sexual, mediante cuatro categorías:

1. Maneja conocimientos de educación sexual con amplitud
2. Le ha impartido información y tiene más o menos conocimientos al respecto de educación sexual.
3. Tiene pocos conocimientos de educación sexual.
4. Nunca le han impartido información sobre educación sexual

Descrito con más detalle en el apartado Selección del Instrumento. **Anexo 1.**

Y para la aplicación del pre-test y post-test, se utilizará posiblemente el Cuestionario de conductas sexuales de riesgo. Elaborado por Liliana V. Maurutto y Griselda Cardozo. **Anexo2.**

Escenario de investigación

La investigación se llevará a cabo en la escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº2" ubicada en las calles Mercadillo entre Bernardo Valdivieso y Olmedo.

Población

La institución educativa cuenta con de 540 estudiantes matriculados, distribuidos desde el nivel inicial hasta el noveno año de educación básica.

Muestra

La muestra escogida son los padres de familia de los adolescentes que cursan los novenos años de educación básica paralelos "A" y "B" de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2", justificando su selección por conductas sexuales inadecuadas durante el periodo de clases por parte de los estudiantes y por las necesidades en temas relacionados al ejercicio de la sexualidad de sus hijos/as.

- **Procedimiento**

El presente proyecto de investigación inició mediante la solicitud verbal y escrita, dirigida al Lic. Efrén Torres, director de la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2", a través de una carta de compromiso firmada por la Dr. Sonia Cosíos, Coordinadora de la carrera de Psicología Educativa y Orientación de la Universidad Nacional de Loja, solicitando el permiso para aplicar el instrumento de diagnostico el cual justificará la elaboración y aplicación de la propuesta alternativa de intervención. Posteriormente se seleccionó la muestra, la cual fue elegida por presentar un antecedente en el que se manifestaban ciertas conductas sexuales inapropiadas por parte de los adolescentes dentro de la institución, estas fueron observadas en el período en el cual se realizó el proyecto psicoeducativo de vinculación con la colectividad. La propuesta de intervención está dirigida a los padres de familia siendo ellos los principales responsables del futuro de sus hijos, siendo los principales beneficiarios los estudiantes de los novenos años, finalmente mediante diferentes talleres de difundirá el programa de educación sexual.

Para aplicar el instrumento de diagnóstico se les explicará y aplicará el instrumento en este caso el cuestionario de análisis de la educación sexual. La ejecución de la propuesta alternativa como vía de solución a la problemática, se utilizará talleres como estrategia de aplicación. La investigación se realizará en el período comprendido entre los meses de marzo a julio del 2015. La duración de cada reunión será como promedio de 30 a 35 minutos (trabajo de campo) y para cada taller se utilizara el tiempo previsto para su desarrollo. La aplicación del programa de educación sexual familiar se desarrollara a través de cuatro etapas o momentos:

Etapa No. 1: Diagnóstico

En esta fase se realizará aplicación del instrumento previsto a la muestra seleccionada para identificar las conductas sexuales de riesgo. De inmediato se procederá a la tabulación de los resultados con la finalidad de tener una información objetiva acerca de estos, de manera que se pueda tomar decisiones acerca de lo que se va a hacer y cómo se va a hacer en la intervención.

Etapa No. 2: Elaboración de la propuesta o estrategia

Se procederá a planear la estrategia sobre la base de los problemas identificados, delimitando objetivos, metodología y acciones concretas.

Etapa No. 3: Ejecución de la estrategia

En esta etapa se coordinará la ejecución de la alternativa de intervención y su organización, para hacerla corresponder con los resultados alcanzados en la fase de diagnóstico Para cada taller se tiene en cuenta tres momentos:

- Primer momento: El momento de introducción del tema a tratar.

- Segundo momento: Se realizarán diversas acciones para dar cumplimiento a los objetivos planteados y también se utilizaran técnicas de dinámicas de grupo participativas como parte del proceso a seguir.

- Tercer momento: En este tercer momento se hace una reflexión sobre el tema y evaluar el desarrollo del taller.

Etapa No. 4: Evaluación

Aquí se realizará una evaluación de las acciones en su conjunto desarrolladas de manera continua y sistemática, una vez que se cumpla su ejecución. Por lo que en esta fase se aplicarán cuestionarios para evaluar cada taller; al finalizar los talleres se aplicara el instrumento (pos-test) nuevamente, para inferir la pertinencia de la intervención e ir reflexionando sobre los logros obtenidos y los obstáculos que se interpusieron para el buen desarrollo de la misma.

Teniendo presente todo lo anteriormente expuesto se elaborará el PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL FAMILIAR PARA PREVENIR CONDUCTAS DE RIESGO EN EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LOS NOVENOS AÑOS PARALELOS “A” Y “B” DE LA “ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MIGUEL RIOFRIO Nº 2”, DE LOJA, 2014-2015.

- **Análisis integrador de los resultados obtenidos.**

Para trabajar los resultados de la investigación se utilizará los programas informáticos de Excel y Word para representar cuadros y gráficos.

Para la redacción de análisis e interpretación de datos se utilizará el método del ROPAI (recoger los datos, organizar en cuadros, presentar en gráficos y analizar e interpretar) lo que permitirá constatar el problema presentado; para validar la alternativa de intervención se utilizará el método estadístico del coeficiente de correlación lineal de Frank Pearson (r), que para mayor seguridad de los datos a obtener se utilizará el programa estadístico Minitab 14.12.

g. CRONOGRAMA

TIEMPO / ACTIVIDADES	2014				2015												2016		
	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Agos.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.
Construcción de proyecto de tesis.																			
Construcción de preliminares																			
Construcción de la revisión de literatura.																			
Aplicación de los instrumentos (pre-test) tabulación																			
Elaboración de la propuesta de intervención (talleres)																			
Aplicación de la propuesta de intervención, Aplicación del pos test																			
Procesamiento de los datos, análisis e interpretación																			
Redacción de los materiales y métodos.																			
Elaboración de la discusión																			
Construcción de conclusiones y recomendaciones.																			
Construcción de introducción y resumen en castellano e inglés																			
Organización de anexos, y la propuesta de intervención																			
Construcción del informe final de tesis.																			
Presentación del borrador y Corrección a sugerencias																			
Construcción del artículo científico.																			
Grado público																			

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Materiales	Costo
Compra de computadora, impresora, flash memory	1200,00
Bibliografía física	150,00
Internet, consultas	100,00
Material de publicación (copias, impresiones, anillados, empastados, CD)	300,00
Desarrollo del programa de intervención	500,00
Traslados, alquiler de infocus para defensa pública, y los talleres de intervención	150,00
Material para talleres	500,00
Total	**$ 2900.00**

i. BIBLIOGRAFÍA

Ambriz, A. (2009). *El diseño de proyecto de investigación.* Recuperado el 03 de 01 del 2015 de: http://alfambriz.tripod.com/gestionurbana/proyectointervencion.pdf

Barella, B. et al. (2001). *Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno*. Recuperado el 18 de 12 del 2014 de: http://www.docvadis.es/centrodesaluddeubeda/document/centrodesaluddeubeda/conocimientos_y_actitudes_sobre_sexualidad_de_los_adolescentes_de_nuestro_entorno/fr/metadata/files/0/file/publcmfa.PDF.

Barrón, M. (2005). *Inequidad socio-cultural: riesgo y resiliencia*. Editorial Brujas. Argentina.

Bernal, C. (2006). *Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Pearson Educación. Tercera edición. Colombia.

Betancourt, R. Guevara, L. y Fuentes, E. (2011). *El taller como estrategia didáctica, sus fases y componentes para el desarrollo de un proceso de cualificación en el uso de tecnologías de la información y la comunicación (tic) con docentes de lenguas extranjeras. Caracterización y retos.* Universidad de la Salle. Colombia.

Bueno, A. y Rosser, A. (2002). *Guía didáctica de psicología de la intervención social.* Editorial Club Universitario. España.

Cabrera, L. (2013). *La educación sexual familiar y su relación con las conductas de riesgo (inicio de las relaciones sexuales, embarazo, precoz, abortos enfermedades de transmisión sexual y uso de métodos anticonceptivos) de los estudiantes del Colegio Fiscal Mixto "Hernán Gallardo Moscoso", de la ciudad de Loja, periodo 2011-2012".* Universidad Nacional de Loja, Ecuador.

Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas. (2013). *Conductas de riesgo convencionales.* Recuperado de: http://www.cedro.org.pe/cursoonline20134/descargas/Modulo_2.pdf

Cerda. H. (2011). *Los elementos de la investigación*. Cargraphics S.A. Colombia.

Descartes, R. (2003). *El discurso del método*. Ediciones Colihue SRL.

Fernández – Ballesteros, R. (2000). *Introducción a la Evaluación Psicológica II.* Ediciones Pirámide. Madrid.

Gómez, J. (2013). *Psicología de la sexualidad*. Alianza Editorial. Madrid.

García, O. y García, R. (2003). *La prevención del sida en adolescentes: propuesta metodológica.* Universitat Jaume I. España.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación.* Mc Graw Hill/interamericana Editores, S. A. de C.V. México.

Lameiras, M. y Carrera, M. (2009). *Educación sexual: De la teoría a la práctica*. Ediciones pirámide. Madrid.

Langlois, C. y Seiggnobos, C. (2009). *Introducción a los estudios teóricos*. Universidad de Alicante. España

Martínez, M., Álvarez, B., & Fernández. A. (2009). *Orientación familiar: Contextos, evaluación e intervención*. Editorial Sanz y Torres. Madrid.

Méndez, C. (2011). *Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación con énfasis en ciencias empresariales*. Editorial Limusa. México D.F.

Muñoz, C. (2011). *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis*. Pearson Educación. México.

Muñoz, N. Burbano, E. & Buen-Consejo, M. (2008). La expresión artística en el preescolar. Coop. Editorial Magisterio. Colombia.

Orbegoso, Bertha.

Pepinos, P. (2002). *Sexo o afecto*. Editorial (Imprenta Independiente).Ecuador.

Ortiz, L. (2012). *"Determinar los factores de riesgo que predisponen al embarazo en adolescentes estudiantes de bachillerato, del colegio Vicente Anda Aguirre de la ciudad de Loja durante el periodo junio - noviembre del 2012".* Universidad Nacional de Loja. Ecuador.

Suarez, M. (2011). *Coeficiente de correlación de Karl Pearson*. (Ensayo). Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Ecuador.

Toro, J. (2013). *El adolescente ante su cuerpo: Cuerpo, vestido y sexo.* Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.). Madrid.

Universidad de Cantabria. (2010)*Teoría de la autoeficacia de Bandura (Bandura 1977, 1980, 1991, 1997).* Recuperado de: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.4-teoria-de-la-autoeficacia-de-bandura

j. ANEXOS

ANEXO 1:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y ORIENTACIÓN

El siguiente cuestionario fue elaborado con fines académicos, con el objetivo de obtener datos relevantes que permitan la elaboración de un proyecto factible, que beneficie principalmente a los estudiantes y representantes.

Se agradece al encuestado (a), la mayor sinceridad en sus respuestas, debido a que la información que se aporte e s confidencial y servirá de apoyo para diseñar lineamientos generales para la realización de talleres para prevenir conductas de riesgo en el ejercicio de la sexualidad en adolescentes, los mismos que se realizarán en la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2".

INSTRUCCIONES:

- *Lea cuidadosamente cada una de las preguntas.*
- *Marque con una **X** las respuestas de selección.*
- *No deje preguntas sin responder.*

CUESTIONARIO ANÁLISIS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL FAMILIAR

Formato para hijas e hijos adolescentes. Autor: Dr. Leonardo Romero S.

CURSO:……PARALELO:……EDAD:……..SEXO: M( ) F( ) FECHA:……

QUE TANTO CONSIDERA QUE SUS PADRES Y MAESTROS EN GENERAL LE HAN HABLADO Y ENSEÑADO SOBRE LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SEXUALIDAD	4	3	2	1
	CON AMPLITUD	MAS O MENOS	POCO	NUNCA
1 ¿Me han explicado la anatomía y funcionamiento básico de los genitales?				
2 ¿Me han explicado para que sirven los genitales?				
3 ¿Me han enseñado el nombre de los genitales?				
4 ¿Me han hablado de lo que se siente y experimenta al tener relaciones sexuales?				
5 ¿Me han explicado que los niños se hacen por las relaciones sexuales de un hombre y una mujer?				
6 ¿Me han hablado y explicado sobre las relaciones sexuales?				

7 ¿Me han explicado que es el placer sexual?				
8 ¿Me han explicado que los genitales son fuentes de placer (sexual), especial y agradable?				
9 ¿Me han brindado información sobre la fecundación, el embarazo y el parto?				
10 ¿Me han explicado que es el abuso sexual?				
11 ¿Me han enseñado como defenderse de un abuso sexual?				
12 ¿Me han enseñado correctamente como ser asertivos en una situación sexual que no desee acceder?				
13 ¿Me han enseñado a participar en las labores del hogar y la familia independiente de su sexo?				
14 ¿Me han enseñado sobre equidad de roles de género en la vida familiar, social, productividad, cultural y política?				
15 ¿Me han enseñado valores y actitudes para una paternidad y maternidad responsable?				
16 ¿Me han comprado juguetes de ambos sexos?				
17 ¿Me han enseñado que tanto hombres como mujeres pueden desempeñarse en cualquier ocupación siempre y cuando se les prepare para ello?				
18 ¿Me han explicado que existen métodos para tener relaciones sexuales sin tener un embarazo?				
19 ¿Me han explicado que es la homosexualidad?				
20 ¿Me han enseñado a respetar a las personas homosexuales y bisexuales y no discriminarlas por su educación sexual?				
21 ¿Me han dado información a tiempo sobre la menstruación (mujeres) y las poluciones nocturnas y eyaculación (chicos)?				
22 ¿Me han explicado la diferencia entre ser homosexual, transexual y travesti?				
23 ¿Me han explicado que existen diferentes formas y ritos para unirse en pareja y que todos son respetables (unión libre, matrimonio civil, eclesiástico, etc.)?				
24 ¿Me han hablado sobre el enamoramiento?				
25 ¿Me han enseñado que la sexualidad es una dimensión hermosa y maravillosa del ser humano?				
26 ¿Me han enseñado a tener tolerancia y respeto frente a la diversidad de estilos, ideologías, valores y conductas sexuales?				
27 ¿Me han explicado cómo usar los métodos anticonceptivos?				
28 ¿Me han enseñado a cómo evitar un embarazo?				
29 ¿Me han enseñado, como usar el condón?				
30 ¿Me han explicado que es el VIH? Como si se trasmite y como no				
31 ¿Me han enseñado como prevenir efectivamente las enfermedades de trasmisión sexual y el VIH SIDA?				
32 ¿Me han mostrado un condón?				
33 ¿Me han enseñado que existe una gran variedad de conductas sexuales según cada cultura y grupo social?				
34 ¿Me han enseñado cómo funciona la respuesta sexual en el hombre y en la mujer?				
35 ¿Me han enseñado como identificar el momento de fecundidad en el ciclo reproductivo?				

36 ¿Me han enseñado y preparado para saber tratar sexualmente a una pareja?				
37 ¿Me han enseñado como elegir una pareja?				
38 ¿Te han informado sobre el riesgo de los anticonceptivos?				
39 ¿Tus padres o maestros te han enseñado como relacionarte con chicos/cas que pertenecen a las pandillas?				
40 ¿Tus padres te han enseñado como llevar un enamoramiento sano?				
41 ¿Estas consciente de cuanta responsabilidad implica traer un hijo al mundo?				
42 ¿Tus padres o maestros te han proporcionado información sobre el aborto?				
43 ¿Has recibido información sobre la pastilla del día siguiente (píldora de emergencia)?				
44 ¿Tus padres o maestros te han hablado sobre la masturbación?				
45 ¿Menciona que métodos de anticoncepción conoces para evitar el embarazo? a)……. b)……. c)…….… d)……..…..				
46 ¿Te has masturbado? SI ( ) NO ( ) Si la respuesta es afirmativa, luego de masturbarte experimentas b) Temor ( ) b) Vergüenza ( ) c) Miedo ( ) d) satisfacción ( )				
47 ¿Has tenido relaciones sexuales? SI ( ) NO ( )				
Subtotal				
TOTAL				

Tabla de valores

160 – 104	Con amplitud (4)
103 – 84	Más o menos (3)
83 – 74	Poco (2)
73 – 70	Nunca (1)

ANEXO 2:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y ORIENTACIÓN

Cuestionario de conductas sexuales de riesgo. Elaborado por Liliana V. Maurutto y Griselda Cardozo.

Se agradece al encuestado (a), la mayor sinceridad en sus respuestas.
INSTRUCCIONES:

- *Marque con una **X** las respuestas de selección.*

		SI	NO
1.	¿Conversa con su familia sus dudas sobre conducta sexual?	( )	( )
2.	¿Conversa con sus amigos sus dudas sobre conducta sexual?	( )	( )
3.	¿Conversa con su médico sus dudas sobre conducta sexual?	( )	( )
4.	¿Conversa en la escuela sus dudas sobre conducta sexual?	( )	( )
5.	¿Sabe cuáles son las conductas de riesgo para adquirir SIDA?	( )	( )
6.	¿Sabe que precauciones tomar para evitar las enfermedades de transmisión sexual?	( )	( )
7.	¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez?	( )	( )
8.	¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?	( )	( )
9.	¿Usó preservativo en su última relación sexual?	( )	( )
10.	¿Usó algún otro método anticonceptivo?	( )	( )
11.	¿La última vez que tuvo relaciones sexuales, había consumido alcohol?	( )	( )
12.	¿La última vez que tuvo relaciones sexuales, había consumido drogas?	( )	( )
13.	¿Ha quedado embarazada Ud. o su pareja alguna vez?	( )	( )
14.	¿Ha recurrido al aborto Ud. o su pareja alguna vez?	( )	( )
15.	¿Ha presentado síntomas de ETS?	( )	( )
16.	¿Ha recibido tratamiento por ETS?	( )	( )
17.	¿Sufrió alguna vez abuso sexual, violación u otra forma de acoso sexual?	( )	( )

Diagnóstico

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y ORIENTACIÓN

El siguiente cuestionario fue elaborado con fines académicos, con el objetivo de obtener datos relevantes que permitan la elaboración de un proyecto factible, que beneficie principalmente a los estudiantes y representantes.

Se agradece al encuestado (a), la mayor sinceridad en sus respuestas, debido a que la información que se aporte e s confidencial y servirá de apoyo para diseñar lineamientos generales para la realización de talleres para prevenir conductas de riesgo en el ejercicio de la sexualidad en adolescentes, los mismos que se realizarán en la Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío Nº 2".

INSTRUCCIONES:

- *Lea cuidadosamente cada una de las preguntas.*
- *Marque con una **X** las respuestas de selección.*
- *No deje preguntas sin responder.*

CUESTIONARIO ANÁLISIS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL FAMILIAR

Formato para hijas e hijos adolescentes. Autor: Dr. Leonardo Romero S.

CURSO:……PARALELO:……EDAD:……..SEXO:……FECHA:……

QUE TANTO CONSIDERA QUE SUS PADRES Y MAESTROS EN GENERAL LE HAN HABLADO Y ENSEÑADO SOBRE LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SEXUALIDAD	4	3	2	1
	CON AMPLITUD	MAS O MENOS	POCO	NUNCA
1 ¿Me han explicado la anatomía y funcionamiento básico de los genitales?				
2 ¿Me han explicado para que sirven los genitales?				
3 ¿Me han enseñado el nombre de los genitales?				
4 ¿Me han hablado de lo que se siente y experimenta al tener relaciones sexuales?				
5 ¿Me han explicado que los niños se hacen por las relaciones sexuales de un hombre y una mujer?				

6 ¿Me han hablado y explicado sobre las relaciones sexuales?				
7 ¿Me han explicado que es el placer sexual?				
8 ¿Me han explicado que los genitales son fuentes de placer (sexual), especial y agradable?				
9 ¿Me han brindado información sobre la fecundación, el embarazo y el parto?				
10 ¿Me han explicado que es el abuso sexual?				
11 ¿Me han enseñado como defenderse de un abuso sexual?				
12 ¿Me han enseñado correctamente como ser asertivos en una situación sexual que no desee acceder?				
13 ¿Me han enseñado a participar en las labores del hogar y la familia independiente de su sexo?				
14 ¿Me han enseñado sobre equidad de roles de género en la vida familiar, social, productividad, cultural y política?				
15 ¿Me han enseñado valores y actitudes para una paternidad y maternidad responsable?				
16 ¿Me han comprado juguetes de ambos sexos?				
17 ¿Me han enseñado que tanto hombres como mujeres pueden desempeñarse en cualquier ocupación siempre y cuando se les prepare para ello?				
18 ¿Me han explicado que existen métodos para tener relaciones sexuales sin tener un embarazo?				
19 ¿Me han explicado que es la homosexualidad?				
20 ¿Me han enseñado a respetar a las personas homosexuales y bisexuales y no discriminarlas por su educación sexual?				
21 ¿Me han dado información a tiempo sobre la menstruación (mujeres) y las poluciones nocturnas y eyaculación (chicos)?				
22 ¿Me han explicado la diferencia entre ser homosexual, transexual y travesti?				
23 ¿Me han explicado que existen diferentes formas y ritos para unirse en pareja y que todos son respetables (unión libre, matrimonio civil, eclesiástico, etc.)?				
24 ¿Me han hablado sobre el enamoramiento?				
25 ¿Me han enseñado que la sexualidad es una dimensión hermosa y maravillosa del ser humano?				
26 ¿Me han enseñado a tener tolerancia y respeto frente a la diversidad de estilos, ideologías, valores y conductas sexuales?				
27 ¿Me han explicado cómo usar los métodos anticonceptivos?				
28 ¿Me han enseñado a cómo evitar un embarazo?				
29 ¿Me han enseñado, como usar el condón?				
30 ¿Me han explicado que es el VIH? Como si se trasmite y como no				
31 ¿Me han enseñado como prevenir efectivamente las enfermedades de trasmisión sexual y el VIH SIDA?				
32 ¿Me han mostrado un condón?				
33 ¿Me han enseñado que existe una gran variedad de conductas sexuales según cada cultura y grupo social?				
34 ¿Me han enseñado cómo funciona la respuesta sexual en el hombre y en la mujer?				
35 ¿Me han enseñado como identificar el momento de fecundidad en				

el ciclo reproductivo?				
36 ¿Me han enseñado y preparado para saber tratar sexualmente a una pareja?				
37 ¿Me han enseñado como elegir una pareja?				
38 ¿Te han informado sobre el riesgo de los anticonceptivos?				
39 ¿Tus padres o maestros te han enseñado como relacionarte con chicos/cas que pertenecen a las pandillas?				
40 ¿Tus padres te han enseñado como llevar un enamoramiento sano?				
41 ¿Estas consciente de cuanta responsabilidad implica traer un hijo al mundo?				
42 ¿Tus padres o maestros te han proporcionado información sobre el aborto?				
43 ¿Has recibido información sobre la pastilla del día siguiente (píldora de emergencia)?				
44 ¿Tus padres o maestros te han hablado sobre la masturbación?				
45 ¿Menciona que métodos de anticoncepción conoces para evitar el embarazo? a)……. b)……. c)……..… d)……..…..				
46 ¿Te has masturbado? SI ( ) NO ( ) Si la respuesta es afirmativa, luego de masturbarte experimentas b) Temor ( ) b) Vergüenza ( ) c) Miedo ( ) d) satisfacción ( )				
47 ¿Has tenido relaciones sexuales? SI ( ) NO ( )				
Subtotal				
TOTAL				

Tabla de valores

160 – 104	Con amplitud (4)
103 – 84	Más o menos (3)
83 – 74	Poco (2)
73 – 70	Nunca (1)

PRE y POSTEST:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y ORIENTACIÓN

Estimado Sr/a, Padre/madre de familia:

El siguiente cuestionario fue elaborado con fines investigativos con el objetivo de obtener datos relevantes que permitan la elaboración de un programa de educación sexual familiar que beneficie principalmente a los estudiantes y representantes. Se agradece a Usted la mayor sinceridad en sus respuestas.

INSTRUCCIONES:

- *Lea cuidadosamente cada una de las preguntas.*
- *Marque con una **X** las respuestas de selección.*
- *No deje preguntas sin responder.*

CUESTIONARIO ANÁLISIS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL FAMILIAR

SEXO: Masculino ( ) Femenino ( ) **EDAD:…..…Paralelo de su hijo (a):……. FECHA:** 19-06-2015

QUE TANTO CONSIDERO QUE HE HABLADO Y ENSEÑADO A MIS HIJOS (AS) EN LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SEXUALIDAD	4 CON AMPLITUD	3 MAS O MENOS	2 POCO	1 NUNCA
1 ¿He explicado a mis hijos (as) la anatomía y funcionamiento básico de los genitales?				
2 ¿He explicado a mis hijos (as), para que sirven los genitales?				
3 ¿He enseñado a mis hijos (as), el nombre de los genitales?				
4 ¿He hablado a mis hijos (as), de lo que se siente y experimenta al tener relaciones sexuales?				
5 ¿He explicado a mis hijos (as), que los niños se hacen por las relaciones sexuales de un hombre y una mujer?				
6 ¿He hablado y explicado a mis hijos (as), sobre las relaciones sexuales?				
7 ¿He explicado a mis hijos (as), sobre que es el placer sexual?				
8 ¿He explicado a mis hijos (as), que los genitales son fuentes de placer (sexual), especial y agradable?				
9 ¿He brindado información a mis hijos (as), sobre la fecundación, el embarazo y el parto?				
10 ¿He explicado a mis hijos (as), que es el abuso sexual?				

11 ¿He enseñado a mis hijos (as), como defenderse de un abuso sexual?				
12 ¿He enseñado correctamente a mis hijos (as), como ser asertivos en una situación sexual que no desee acceder?				
13 ¿He enseñado a mis hijos (as), a participar en las labores del hogar y la familia independiente de su sexo?				
14 ¿He enseñado a mis hijos (as), sobre equidad de roles de género en la vida familiar, social, productividad, cultural y política?				
15 ¿He enseñado a mis hijos (as), sobre valores y actitudes para una paternidad y maternidad responsable?				
16 ¿He comprado a mis hijos (as), juguetes de ambos sexos?				
17 ¿He enseñado a mis hijos (as), que tanto hombres como mujeres pueden desempeñarse en cualquier ocupación siempre y cuando se les prepare para ello?				
18 ¿He explicado a mis hijos (as), que existen métodos para tener relaciones sexuales sin tener un embarazo?				
19 ¿He explicado a mis hijos (as), que es la homosexualidad?				
20 ¿He enseñado a mis hijos (as), a respetar a las personas homosexuales y bisexuales y no discriminarlas por su educación sexual?				
21 ¿He dado información a tiempo a mis hijos (as), sobre la menstruación (mujeres) y las poluciones nocturnas y eyaculación (chicos)?				
22 ¿He explicado a mis hijos (as), la diferencia entre ser homosexual, transexual y travesti?				
23 ¿He explicado a mis hijos (as), que existen diferentes formas y ritos para unirse en pareja y que todos son respetables (unión libre, matrimonio civil, eclesiástico, etc.)?				
24 ¿He hablado a mis hijos (as), sobre el enamoramiento?				
25 ¿He enseñado a mis hijos (as), que la sexualidad es una dimensión hermosa y maravillosa del ser humano?				
26 ¿He enseñado a mis hijos (as), a tener tolerancia y respeto frente a la diversidad de estilos, ideologías, valores y conductas sexuales?				
27 ¿He explicado a mis hijos (as), cómo usar los métodos anticonceptivos?				
28 ¿He enseñado a mis hijos (as), como evitar un embarazo?				
29 ¿He enseñado a mis hijos (as), como usar el condón?				
30 ¿He explicado a mis hijos (as), que es el VIH? Como se trasmite y como no				
31 ¿He enseñado a mis hijos (as), como prevenir efectivamente las enfermedades de trasmisión sexual y el VIH SIDA?				
32 ¿He mostrado a mis hijos (as), un condón?				
33 ¿Me han enseñado que existe una gran variedad de conductas sexuales según cada cultura y grupo social?				
34 ¿He enseñado a mis hijos (as), cómo funciona la respuesta sexual en el hombre y en la mujer?				
35 ¿He enseñado a mis hijos (as), como identificar el momento de fecundidad en el ciclo reproductivo?				

36 ¿He enseñado y preparado a mis hijos (as), para saber tratar sexualmente a una pareja?				
37 ¿He enseñado a mis hijos (as), como elegir una pareja?				
38 ¿He informado a mis hijos (as), sobre el riesgo de los anticonceptivos?				
39 ¿He han enseñado a mis hijos (as), como relacionarse con chicos/cas que pertenecen a las pandillas?				
40 ¿He enseñado a mis hijos (as), como llevar un enamoramiento sano?				
41 ¿He explicado a mis hijos (as), la responsabilidad que implica traer un hijo al mundo?				
42 ¿He proporcionado información a mis hijos (as), sobre el aborto?				
43 ¿He explicado a mis hijos (as), sobre la pastilla del día siguiente (píldora de emergencia)?				
44 ¿He hablado a mis hijos (as), sobre la masturbación?				
45 ¿Mencione que métodos de anticoncepción conoce para evitar el embarazo? a)……. b)……. c)……. d)……..				
46 ¿He conversado con mis hijos (as), sobre si se han masturbado? SI ( ) NO ( ) Si la respuesta es afirmativa, luego de masturbarse experimenta b) Temor ( ) b) Vergüenza ( ) c) Miedo ( ) d) satisfacción ( )				
47 ¿He conversado con mis hijos (as), sobre si han tenido relaciones sexuales? SI ( ) NO ( )				
Subtotal				
TOTAL				

----------Gracias por su colaboración----------

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA……...….i
CERTIFICACIÓN.....ii
AUTORÍA iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN. iv
AGRADECIMIENTO.....v
DEDICATORIA.....vi
MATRIZ DE AMBITO GEOGRÁFICO.....vii
MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS viii
ESQUEMA DE CONTENIDOS.....ix
a. TÍTULO.....1
b. RESUMEN (CASTELLANO E INGLÉS) SUMMARY……..……...……1
c. INTRODUCCIÓN…….3
d. REVISIÓN DE LITERATURA.....7
EDUCACIÓN SEXUAL FAMILIAR 7
Enfoques para educar sexualidad en el hogar.....14
Teorías de las conductas de riesgo 15
Conductas sexuales en los adolescentes 25
Conducta sexual de riesgo y las variables que la explican su origen 33
Enfermedades de transmisión sexual.....38
Embarazo no deseado durante la adolescencia. 39
EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.....43
Cuestionario de educación sexual familiar, del Dr. Leonardo Romero. 44
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN 44
APLICACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....49
VALORACIÓN DE LA PROPUESTA ALTERNATIVA 50
Definición de pre-test 50
Definición de pos-test.....50
e. MATERIALES Y MÉTODOS.....53
f. RESULTADOS.....61
g. DISCUSIÓN.....78

h. CONCLUSIONES 82
i. RECOMENDACIONES..... 83
j. BIBLIOGRAFÍA 154
k. ANEXOS……..…158
a. TEMA..... 159
b. PROBLEMÁTICA..... 160
c. JUSTIFICACIÓN 166
d. OBJETIVOS……167
e. MARCO TEÓRICO..... 168
f. METODOLOGÍA..... 215
g. CRONOGRAMA…….……223
h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO…...…….……..….224
i. BIBLIOGRAFÍA 225
ÍNDICE……..……238