

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA EN INVESTIGACIÓN DE LA SALUD**

**IMPACTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN LOS CONOCIMIENTOS
SOBRE SEXUALIDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL INSTITUTO EZEQUIEL
CARDENAS ESPINOZA DEL CANTON AZOGUES.
AÑO LECTIVO 2006 - 2007**

**TESIS PREVIA LA OBTENCION DEL TITULO DE MAGISTER EN
INVESTIGACIÓN DE LA SALUD**

**AUTORA: DRA. MARIA CLEMENTINA GUALPA LEMA
DIRECTORA: DRA. NANCY AUQUILLA DÍAZ.
ASESOR METODOLÓGICO: DR. IVAN E. ORELLANA**

**CUENCA – ECUADOR
2007**

RESPONSABILIDAD

Los criterios, opiniones, análisis, interpretaciones, conclusiones y recomendaciones vertidos en la presente investigación son de absoluta responsabilidad de su autora.

Dra. María Clementina Gualpa Lema

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud y reconocimiento a la Universidad de Cuenca, de manera especial a los gestores de la Maestría en Investigación de la Salud. A la Dra. Nancy Auquilla y al Dr. Iván E. Orellana, directora y asesor estadístico de tesis, respectivamente, por su valiosa contribución en el desarrollo de la presente investigación.

A los estudiantes, maestros y autoridades del Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza que colaboraron para la ejecución del presente trabajo.

La Autora

DEDICATORIA

A la memoria de mi padre, a mi madre quien desde el lecho de su dolor me impulsa a seguir adelante, y a tod@s l@s adolescentes, motivo de inspiración del presente trabajo. Con inmenso cariño.

MARIA CLEMENTINA GUALPA LEMA

INDICE

Contenido	Pág.
Capítulo I	
1.1. Introducción.....	1
1.2. Planteamiento del Problema	1
1.3. Justificación.....	5
Capítulo II	
2. Marco Teórico	8
2.1. Adolescencia	8
2.2. Sexualidad y adolescencia	10
2.3. Definición de educación sexual e importancia.....	11
2.3.1. Objetivos de la educación sexual	12
2.3.2. Definición de sexualidad.....	15
2.4. La familia	16
2.4.1. Familia y desarrollo psicosocial	16
2.5. Programa educativo.	19
2.5.1. Definición de programa educativo	19
2.5.2. Teoría del aprendizaje significativo	19
2.5.2.1. Requisitos para el aprendizaje significativo	20
2.5.2.2. Tipos de aprendizaje significativo.....	20
2.5.2.3. Principio de la asimilación	21
2.5.2.4. Ventajas del aprendizaje significativo.....	23
2.5.2.5. Aplicaciones pedagógicas	23
2.5.3. Programa educativo sobre sexualidad	24
Capítulo III	
3. Hipótesis y objetivos.....	26
Capítulo IV	
4. Metodología.....	27
Capítulo V	
5. Resultados	34
Capítulo VI	
6. Discusión.....	47
Capítulo VII	
7. Conclusiones y Recomendaciones	52
Referencias Bibliográficas	54
Anexos	60

RESUMEN

Objetivo. Se realizó un estudio cuasiexperimental con los estudiantes de 8vo, 9o. y 10o grados, del Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza de Azogues en el año lectivo 2006-2007, para determinar la magnitud de la modificación de conocimientos luego de la aplicación de un programa educativo sobre sexualidad a través de formularios anónimos y mediante un diseño ANTES y DESPUES.

Materiales y método. Se incluyeron las variables: edad, sexo, curso, con quienes vive, instrucción y ocupación de los padres, tiempo de compartir en el hogar y conocimientos sobre sexualidad SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Para analizar la modificación de conocimientos se dividió el cuestionario de 28 preguntas en tres secciones.

Resultados. La edad promedio de los adolescentes fue de 12.8 ± 0.8 años entre un rango de 11 a 14 años. El 51.4% (n = 54) fueron mujeres y el 48.6% (n = 51) fueron varones. En la sección I (n = 13) hubo un aumento significativo en el 84.6% de las preguntas; en la sección II (n = 7) el aumento significativo fue del 71.4%, y en la sección III (n = 8) el aumento significativo fue del 100%. La media de respuestas correctas antes de la intervención fue del 48.8 ± 38.3 y después de la intervención fue del 81.56 ± 38.3 ($p = 0.002$).

Conclusión. Un programa de intervención educativa sobre sexualidad en los adolescentes mejora significativamente los conocimientos.

Descriptor DeCS: educación sexual, adolescentes, conocimientos

SUMMARY

Objective. It was carried out a cuasiexperimental study with students of 8vo, 9o. and 10o grades, of Ezequiel Cárdenas Espinoza Institute of Azogues in the 2006-2007 lective year, to determine the magnitude of modification of knowledge after the application of an educational program about sexuality through anonymous forms and by means of a design BEFORE and LATER.

Materials and method. The variables were included: age, sex, course with who lives, instruction and the parents' occupation, time of sharing in the home and knowledge has more than enough sexuality and Infeccioners of Sexual Transmission (ITS). To analyze the modification of knowledge the questionnaire of 28 questions it was divided in three sections.

Results. Age mean of the adolescents was of 12.8 ± 0.8 years among a range from 11 to 14 years. 51.4% (n = 54) were women and 48.6% (n = 51) were male. In the section I (n = 13) there was a significant increase in 84.6% of the questions; in the section II (n = 7) the significant increase was of 71.4%, and in the section III (n = 8) the significant increase was of 100%. The stocking of correct answers before the intervention was of the 48.8 ± 38.3 and after the intervention it was of the 81.56 ± 38.3 ($p = 0.002$).

Conclusion. A program of educational intervention about sexuality in the adolescents improvement significantly the knowledge.

Key words: sexual education, adolescents, knowledge.

CAPÍTULO I

1. 1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida en la que se suceden una serie de cambios no sólo a nivel físico, sino también a nivel emocional, social y del desarrollo intelectual del ser humano. Si bien la sexualidad se construye a lo largo de la vida, su desarrollo y educación tiene períodos sensitivos en la infancia y adolescencia. Aquí la misión de la familia, la escuela, el estado y la sociedad sería brindar oportuna y adecuadamente los conocimientos, los valores, actitudes y habilidades e información correcta, educación orientada al amor y la sexualidad que vaya más allá de enfocar las solas diferencias anatómicas o biológicas entre hombres y mujeres y que permita que tanto hombres y mujeres incorporen estos aprendizajes en la elección de su proyecto de vida, de manera de que se realicen plenamente como seres humanos y aporten a la construcción de una sociedad más humana y feliz. En consecuencia, es un objetivo relevante el propiciar que la educación en materia de sexualidad sea incorporada de manera consciente en los procesos educativos.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

A lo largo de la historia, la sexualidad humana ha adquirido connotaciones negativas y ha sido rodeada de un halo de misterio y secretismo porque se consideraba un bajo instinto, algo vergonzoso y censurable que únicamente respondía a una tentación, al vicio, al pecado.

La represión sexual impuesta por la Iglesia y la inferior consideración social de la mujer han condicionado enormemente la evolución de la conducta sexual del ser humano (1).

“En 1975 la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) editó dos informes en los que resumía los resultados del estudio realizado por una Comisión de expertos en relación con la problemática sexual de nuestra época.

Estos informes llegaban a dos conclusiones dramáticamente inquietantes:

1. Vivimos en una sociedad sexualmente enferma.
2. Hacen falta urgentes medidas de terapia y de profilaxis que recuperen o preserven la salud sexual en crisis.

Esta doble tarea de terapia y de profilaxis se imponía en base a dos constataciones que la O.M.S. nos invitaba a no seguir ignorando:

1. Que las disfunciones sexuales son cada día más frecuentes, que alteran profundamente el equilibrio bio-psicológico de la pareja o del individuo y que, consecuentemente, se constituyen en un decisivo factor de patología familiar; y,
2. Que la acción profiláctica consiste en lograr organizar un trabajo lo más abarcativo y lo más sistemático posible de educación sexual, educación extrañamente ausente en todos los niveles de la enseñanza pública, privada y familiar” (2).

La adolescencia es un período en el que comienzan a experimentarse e incorporarse cambios interiores, búsqueda de la identidad; cambios exteriores y corporales, desarrollo sexual; etapa de intercambio con el medio que los contiene. La adolescencia es una etapa de extrema vulnerabilidad desde el punto de vista social, psicológico, económico y de salud.

El/la adolescente al atravesar por un conflicto emocional y físico, y ante la falta de información sobre su desarrollo sexual normal que le ayude a lograr un desarrollo equilibrado y adecuado, lo único que hace es aceptar como correcto aquello que aprende de sus medios de educación informal: televisión, amigos, otros. Allí son víctimas de las influencias negativas del medio, que pueden generar trastornos en su desarrollo.

Los siguientes datos de trabajos realizados en adolescentes, nos dan a conocer la magnitud del problema, entre otros, por falta de una adecuada educación sexual:

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000, realizada en México en adolescentes desde septiembre de 1999 a marzo de 2000 muestran que la edad promedio de la primera relación sexual fue a los 15.7 años (3);

La problemática sexual del adolescente en nuestro país, se evidencia al considerar algunos datos(4).La primera causa de egreso hospitalario en la población femenina de 10 a 19 años y la segunda causa de muerte para el grupo de mujeres de 15 a 19 años se relacionaron con los problemas del embarazo, parto y puerperio, siendo una de las tasas más altas entre los países de América Latina. Algunos estudios en Quito y Guayaquil señalan que la actividad sexual juvenil va incrementándose, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 17 años para la mujer y 15 años para el varón, las edades de inicio están disminuyendo progresivamente.

Según Guijarro (5) en el Ecuador el 8,0 por ciento de mujeres de 15 a 24 años ha tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años, y esta cifra se va acumulando a 30,0 por ciento antes de los 18 años y llega a 46,2 por ciento antes de cumplir 25 años.

En estudios (6,7) realizados en el país la mayoría de las adolescentes que declararon haber tenido relaciones sexuales tenían 13 y 14 años de edad.

Por otra parte las estadísticas de países de la Región demuestran que, durante los cinco años comprendidos entre las edades de 15 a 19 años, la mitad de la población femenina de la Región tendrá un hijo (8).

En el XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia, se expone que el 15% de adolescentes de 15 a 19 años de edad tienen ITS y el 50% de casos nuevos de VIH ocurren en jóvenes de 15 a 24 años (5).

Otros estudios (9-11) también indican que la incidencia de VIH está aumentando entre los más jóvenes

La tasa de incidencia de SIDA pasó de 0,0084 a 16,1/100 000 entre 1984 y 1998 (9,10).

De los casos nuevos de SIDA, el 6% se detectan en adolescentes (9,11).

Según ONUSIDA (2002) un tercio de todas las infecciones por VIH ocurren en personas de 10 a 24 años y 90% de las infecciones se produce en países en desarrollo(5).

Casi la mitad de las personas que tienen SIDA adquirieron el VIH cuando eran adolescentes o jóvenes, esto es, cuando tenían entre 15 y 24 años (5)

Algunos estudios (12-14) han señalado problemas de inicio precoz de la actividad sexual entre adolescentes y jóvenes de Santo Domingo de los Colorados.

La frecuencia de embarazos tempranos en nuestro país, según el fondo de Población de las Naciones Unidas, ocupa tasas entre 75 y 100 por mil mujeres entre 15-19 años (8)

En una investigación con estudiantes de 15 años de la Ciudad de Cartagena, se encontró que el 60% presentaba bajos y muy bajos conocimientos sexuales, sólo un 25% sabía identificar el momento de ovulación y el 54% de quienes habían iniciado su vida coital no habían usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual (15).

Estudios efectuados en otros países demuestran que la escasa educación sexual de los adolescentes antes de la intervención educativa es frecuente en América Latina (16,17).

Frente a esta situación los adultos lejos de “asustarnos” de los problemas de conducta sexual, inicio temprano de las relaciones sexuales, embarazo no deseado, relaciones sexuales no seguras, enfermedades venéreas, el aborto, entre otros, debemos proponer verdaderos procesos encaminados a la solución de los mismos, por lo que es hora de priorizar la educación como un factor promotor y/o de prevención de salud, de manera especial en materia de sexualidad, a fin de propender a obtener no solo un riesgo bajo de enfermar o morir, sino la probabilidad de lograr bienestar físico, psíquico, mental y una buena calidad de vida.

En consecuencia la misión de la familia, la escuela, el estado y la sociedad sería brindar todos los conocimientos, valores, actitudes y habilidades para que en forma autónoma puedan iniciar responsable y constructivamente su vida sexual en el momento que cada quién lo considere oportuno, porque mientras se siga evitando hacer una educación sexual abierta, basada en la verdad, centrada en la promoción de valores y actitudes para una sexualidad responsable, realizante y constructiva, no se podrá esperar que las futuras generaciones tengan una salud superior a la que han tenido las generaciones anteriores.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Los riesgos que enfrenta hoy en día, el adolescente, por falta de conocimientos de su propia sexualidad, la ausencia de programas en el ámbito formal de la educación y la falta de preparación de los padres y profesores, para responder a las inquietudes de los jóvenes, hacen necesario implementar un programa que permita ayudar en la solución de un problema crucial como es el inicio precoz de la actividad sexual que puede inducir a situaciones como: promiscuidad sexual, Infecciones de Transmisión Sexual, embarazos no deseados, lo que a su vez implica alternativas de aborto inducido, o hijos no deseados y eventuales hijos maltratados en el futuro, entre otros.

Cruz Romero (15) en un programa de educación sexual en adolescentes, reporta un ascenso de conocimientos de 48,1% a 99,6 %.

En nuestro país, en programas (12,13) de educación sexual efectuados en adolescentes de Santo Domingo de los Colorados, el nivel de conocimientos obtenidos tras la implementación del programa educativo reveló diferencias estadísticamente significativas ($P = 0,012$).

De igual forma en estudios analizados por la OMS (18) se constató que los programas de educación sexual estimulan a los jóvenes a posponer las relaciones sexuales penetrativas o, si ya son sexualmente activos, a reducir el número de parejas e incorporar prácticas sexuales más seguras, lo que corrobora la pertinencia de implementar programas educativos específicos.

En la adolescencia el ser humano adquiere su identidad sexual y se perfila su conducta sexual, razón por la que los esfuerzos por atender a la población adolescente y sus apremiantes necesidades, hacen de la educación en sexualidad una de las estrategias de mayor alcance y posibilidades para lograr el mejoramiento de la calidad de vida de los/las adolescentes, reconociendo que el alentar un contexto personal, familiar y social más equitativo e igualitario entre hombres y mujeres y, promover una actitud desestigmatizada y positiva sobre la adolescencia en general y la sexualidad como expresión profundamente humana y sana en la cotidianidad de su desarrollo, contribuirá a garantizar una adultez innovadora y creativa.

Por lo expuesto se considera oportuno el desarrollo de la presente investigación a fin de contribuir al desarrollo psicosexual normal de los/las adolescentes del Instituto Ezequiel Cárdenas (que no cuenta con un programa de educación sexual dentro de su currículo de estudio, pese a que se encuentra en vigencia el acuerdo ministerial Num. 403 del 16 de Junio del 2006, que institucionalizó la educación de la sexualidad en los establecimientos educativos de educación básica y de bachillerato del Ecuador), de manera que en el futuro, sea posible instrumentar una tarea preventiva-educativa para

alcanzar la sexualidad responsable mediante el desarrollo de un programa de información y educación, con el propósito de crear en la población adolescente formas de comportamiento sexual sin riesgo, promoviendo una conciencia individual y colectiva que permita al individuo ser responsable de sus actividades frente a la sexualidad. Situación que deben conocer las autoridades del establecimiento educativo a fin de emprender acciones tendentes a su prevención y/o tratamiento oportuno.

Este estudio podrá aplicarse primero a todos los alumnos del instituto, luego a otras instituciones educativas con características similares.

Si bien el problema se enfoca en los adolescentes, sus consecuencias repercutirán primero dentro de la familia, luego en su entorno social y finalmente en la colectividad en general. Por lo tanto este problema debe interesar tanto a padres de familia, maestros, adolescente y las autoridades encargadas de velar por el bienestar ciudadano.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ADOLESCENCIA:

La adolescencia es una etapa del ciclo vital de desarrollo humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo. Su inicio lo marca la capacidad biológica de reproducirse y su final la capacidad social de reproducirse. Durante este proceso el adolescente se humaniza, se apropia y recrea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita a la vez que éste los transforma a ellos (Turbay, C. 1994, OMS, 1993).

La pubertad, con la menarca, (la primera menstruación) en la mujer y la espermarca en el varón, marcan desde el punto de vista biológico el comienzo de la adolescencia.

Con el logro de la identidad personal (quien soy, hacia donde quiero ir, que quiero ser) está marcado, desde el criterio psicológico de abordaje, el final de este período.

La definición de los roles es desde el punto de vista sociológico lo que define a la adolescencia, éstos, por supuesto dependen de la cultura en la que se vive, no hay roles determinados de nacimiento.

Por último hay un criterio que en la actualidad ha perdido, por lo menos en la civilización occidental, la trascendencia que gozó en otros tiempos, el antropológico. Desde este punto de vista el ingreso a la adolescencia está marcado por ritos determinados por cada cultura.

Normalmente hablamos de los adolescentes como si se tratara de un grupo homogéneo, en realidad debemos hablar de etapas, cada una marcada por situaciones especiales que se manifestarán también en la sexualidad.

2.1.1. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Resulta difícil limitar a la adolescencia dentro de rangos cronológicos específicos, ya que ésta se puede ampliar o reducir de acuerdo a la sociedad, cultura y ambiente donde se desenvuelve el individuo.

Con el afán de normar los indicadores bioestadísticos, la OMS(19) define los siguientes grupos etáreos:

1.- Preadolescencia, prepubertad o edad escolar: 5-9 años

2.- Adolescencia: 10-19 años

2.1 Adolescencia menor, inicial o temprana: 10-14 años

2.2. Adolescencia mayor, final o tardía: 15-19 años

3.- Adultos jóvenes, gente joven o juventud 20-24 años

Para Matilde Madaleno(20) la adolescencia es un período que tiene 3 etapas:

Adolescencia temprana o inicial: 10 - 12 años

Adolescencia media: 13 – 16 años

Adolescencia tardía: 17 – 20 años

Adolescencia inicial:

En esta etapa el adolescente se ajusta a los cambios puberales, los cuales marcan el inicio de la misma. Este se encuentra ambivalente sobre separarse de sus padres o no y prefiere socializar con “pares” del mismo sexo. Conserva un pensamiento concreto con planes hacia el futuro vagos. En esta etapa inicia la curiosidad sexual principalmente a través, pero no exclusivamente, de la masturbación. Se centra mucho en sí mismo y explora qué tan rígido o flexible es el sistema moral de sus padres o figuras de autoridad.

Adolescencia media: 13 - 16 años

En este período, es más marcado el distanciamiento afectivo con los padres. Explora diferentes imágenes para expresarse y para que lo reconozcan en la sociedad, así mismo diversos roles de adultos. Socializa con pares de diferente sexo e inicia actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual. Se fascina por la capacidad de pensar diferente y el descubrir la abstracción de nuevos conceptos. El riesgo de vincularse a actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad y reconocimiento social y cultural es mayor durante esta etapa.

Adolescencia final o tardía - 17 - 20 (El límite superior depende del criterio de cada país para otorgar el estatus de mayoría de edad)

En este grupo el adolescente es independiente y capaz de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad. Este establece y consolida relaciones que se basan en el cuidado y el respeto por la autonomía y por la intimidad de los otros. Prefiere relaciones sociales más con individuos que con grupos o colectividades. Define planes y metas específicas, viables y reales. Es capaz de abstraer conceptos, define su sistema de valores e ideología.

2.2.SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA

En búsqueda de la identidad(21)

La adolescencia, como toda etapa de crecimiento de la vida humana, esta signada por los cambios, las crisis y el paso a nuevos estados de vida. La sexualidad en esta etapa no escapa a todos estos sucesos.

La primera etapa, llamada de **aislamiento** se da entre los 12 y 14 años. En el varón es la época de las barras, de la mugre y el desorden como reacción a los cambios que su cuerpo viene sufriendo. Hay un rechazo a las niñas como forma de superar la dependencia materna. La masturbación es la única forma de actividad sexual. La niña en cambio no rechaza a los varones.

Entre los 14 y 15 años se da la segunda etapa, llamada de **incertidumbre**. Se da mayor importancia a los pares, dependiendo muchas veces sus decisiones personales de las tendencias del grupo. El erotismo se da a través de chistes y conversaciones. En el varón se dan encuentros homosexuales, que no marcan una futura opción homosexual, sino que son fruto de la timidez propia de la etapa que dificulta el acercamiento a personas del otro sexo. Comienzan los primeros enamoramientos.

En la tercera etapa, entre los 15 y 17 años se da la **apertura a la heterosexualidad**. Es la época de los grandes amores “para toda la vida”, “que sin la otra persona me muero”, y a los tres días se cambio de amor, gran intensidad pero poca duración. Hay una gran idealización de la otra persona. Se dan fantasías masturbatorias mas intensas. En esta etapa se define la orientación sexual(“quien me atrae, un hombre, una mujer o ambos”).

La última etapa llamada **de consolidación** se da entre los 17 y 19 años. Se consolida la identidad (“uno sabe quien es, que quiere y a donde va”). Las relaciones afectivas son más estables, se logra la desidealización del ser amado sin tantos duelos intolerables. Recién aquí se puede hablar de libertad y responsabilidad.

2.3. DEFINICIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL E IMPORTANCIA

“La Educación Sexual es la parte de la educación general que incorpora los conocimientos bio-psico-sociales de la sexualidad, como parte de la formación integral del educando. Su objetivo básico es lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarlo para que se cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de una manera sana y positiva, consciente y responsable dentro de su cultura, su época y su sociedad”(22)

La educación sexual trata de impartir una información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social. Debe perseguir la realización de una sexualidad

plena y madura que permita al individuo una comunicación equilibrada con el otro sexo, dentro de un contexto de afectividad y responsabilidad.

La formación de la sexualidad trata de educar desde una perspectiva donde no se altere la relación de equilibrio y de armonía del hombre con la naturaleza y con él mismo. Es educar desde una dimensión ética para el conocimiento, compromiso, amor, autoestima, comunicación, responsabilidad, placer, equilibrio, donde la sexualidad se vivencia creativamente como parte de la experiencia integradora de la naturaleza y el cuerpo al mundo.(22)

La educación sexual permite evitar cierta ansiedad perjudicial al proceso de aprendizaje. Es un proceso progresivo, adaptado y adecuado que debe empezar desde el nacimiento y terminar con la muerte. De allí, que a los niños se les pone en contacto con la información que los ayuda a descubrirse a sí mismos como seres sexuados.

Por esta complejidad de elementos que conforman el hecho sexual y la educación sexual es que se requiere de la cooperación transdisciplinar para comprenderlos.

2.3.1. OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL (23)

El objetivo último de la Educación Sexual es que cada cual aprenda a conocerse, aceptarse y a vivir y expresar su erótica de modo que se sienta a gusto. Este gran objetivo se concreta en objetivos más pequeños:

- Asumir positivamente el “hecho sexual humano” y los procesos de sexuación.
- Posibilitar la aceptación personal de la sexualidad en todas sus dimensiones como fuente de placer, salud, afectividad y fecundidad.
- Comprender y conocer el desarrollo sexual humano.
- Tomar conciencia y aceptar la figura corporal.
- Desarrollar la autoestima, asumiendo una identidad sexual libre de elementos discriminatorios.

- Comprender y conocer los mecanismos de la reproducción para asumir esta capacidad con responsabilidad.
- Conocer y analizar el deseo sexual humano, su orientación y sus manifestaciones.
- Conocer los elementos básicos de la “respuesta sexual” y los afectos y emociones asociados.
- Reconocer las necesidades afectivas y su evolución.
- Desarrollar habilidades como la comunicación, la empatía, la expresión emocional, que permitan vivir la sexualidad y las relaciones personales de manera adecuada.
- Aprender a reconocer las situaciones de riesgo del comportamiento sexual.
- Desarrollar estrategias personales y colectivas para el análisis y la resolución de problemas que se pueden presentar en torno a la sexualidad.

Por otro lado, para incluir estos objetivos en programas educativos, debemos tener en cuenta algunos objetivos y estrategias pedagógicas(23):

- Asegurar la construcción de aprendizajes significativos.
- Contextualizar los procesos de enseñanza- aprendizaje.
- Tener en cuenta las características de cada grupo.
- Facilitar la globalización de aprendizajes.
- Trabajar con los grupos potenciando los procesos autónomos y cooperativos.
- Trabajar la educación sexual desde el grupo de iguales.
- Desarrollar la intervención en un ambiente abierto.
- Utilizar diferentes materiales didácticos teniendo en cuenta el objetivo de la actividad, el momento de trabajo, el grupo.
- Desarrollar una labor evaluadora en función de los objetivos planteados.

Existen diferentes posturas ideológicas respecto a la educación sexual, sin embargo todas podrían coincidir en un objetivo común: educar para una vida sexual gratificante, responsable, constructiva y realizante, vivida esta, antes o después del matrimonio, lo cual sería parte de las opciones personales de vida.

Consideramos (24) que no existe una “única”, “válida” y “aceptable” alternativa de educación de la sexualidad. Cualquiera de las alternativas de educación sexual es válida siempre y cuando no se basen en una posición represora de la sexualidad y esté orientada a promover elecciones autónomas y conscientes de las conductas sexuales.

Para algunos la educación sexual debe centrarse en promover el sexo seguro, para otros en la promoción de la sexualidad responsable, para otros sólo la postergación y la abstinencia etc. La perspectiva tradicional adulta ha sido educar la sexualidad basándose en la promoción de la abstinencia y postergación coital. Los estudios indican que los programas de educación sexual que enseñan solamente la abstinencia y la postergación no han demostrado científicamente su eficacia.

Según Romero (24): “La responsabilidad con la cual los miembros de una sociedad vivan su sexualidad será directamente proporcional a la responsabilidad con la cual la sociedad adulta se haga cargo de una buena educación sexual para la niñez y la adolescencia”.

¿Cuántos embarazos adolescentes?, ¿cuántos abortos más?, ¿cuánto incremento de VIH/SIDA?, ¿cuánta infelicidad más en las parejas?, ¿cuántas familias disfuncionales más?, ¿Cuánta paternidad irresponsable más?, ¿cuánto madresolterismo más?, ¿cuánto abuso sexual?, ¿cuántas vidas destrozadas más se necesitarán para decir SI a una nueva Educación Sexual?(25).

Desde la nueva educación sexual se propone enseñar que “la sexualidad es algo maravilloso que merece vivirse, no de cualquier forma, sino de manera responsable”. Los siguientes son algunos criterios(26) que se proponen para analizar lo que implica vivir la sexualidad responsablemente, se vive una sexualidad en forma responsable cuando:

- La persona se hace cargo de sus propios actos y decisiones.
- Tiene en cuenta las consecuencias de los propios actos sobre si mismo y los demás.

- Tiene en cuenta los propios sentimientos, valores y actitudes para tomar decisiones respecto a la vida sexual.
- Tiene la capacidad de aplazar el placer y la gratificación en situaciones que ocasionarían problemas y consecuencias negativas para si mismo y otras personas.
- Decide libre, consciente y autónomamente.
- Cuando la vivencia sexual está asociada a un sentido que le da significado a la experiencia sexual y amorosa.

La responsabilidad será el producto de un largo y complejo proceso de formación que implicará la estructuración de conocimientos, valores, actitudes positivas, habilidades y el desarrollo de una adecuada autoestima.

Los adultos proactivos en la educación sexual saben que si no toman la iniciativa otras personas lo harán por ellos.

2.3.2. DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD

La sexualidad es una función vital que influye sobre la conducta de los individuos y sobre las relaciones humanas en general. Afecta a todos los procesos fisiológicos y psicológicos del ser humano, aunque no es imprescindible para su supervivencia. Se trata de un impulso instintivo que atraviesa diferentes etapas a lo largo de la vida de los individuos y que es condicionado en gran medida por el entorno sociocultural en el que viven. Pero ante todo, la relación sexual responde a una necesidad de comunicación física y psicológica que va más allá de la mera unión sexual de los cuerpos(27).

La concepción ideal de la sexualidad se ha desvirtuado a lo largo de la historia, pues la conducta sexual y las relaciones de pareja se han determinado, en última instancia, por la base económica de la sociedad. Se constata en las particularidades que ha tenido en las diferentes formaciones económicas sociales, el papel de la mujer y sus relaciones en el proceso productivo, donde la formación de matrimonios y familias constituye una vía para conservar la propiedad(27).

En nuestro país los cambios económicos sociales ocurridos en los últimos años han creado otras condiciones. La mujer tiene posibilidades de insertarse en el proceso productivo y en el desarrollo científico técnico de la sociedad; se incorpora al trabajo asalariado, tiene igualdad de derechos y oportunidades, lo que incide en el logro de una relativa estabilidad económica de la familia, que generalmente se encarga de satisfacer todas las necesidades materiales de los adolescentes. Esto hace que los adolescentes y jóvenes se dediquen completamente a la actividad escolar, sin otro tipo de responsabilidad social y material.

La **sexualidad** es la manera que cada persona tiene de vivir “el hecho de ser sexuado”. Es una categoría subjetiva y no hace referencia exclusivamente a planteamientos anatomofisiológicos. La referencia más clara de la sexualidad son “las vivencias” y cómo cada cual se siente en su intimidad y cómo va viviendo ese proceso de construcción en hombres y mujeres. Es la manera propia de verse, sentirse y vivirse como ser sexuado, como uno de los dos sexos(27).

2.4. LA FAMILIA

Dulanto(28) define a la familia como “un grupo humano unido por lazos de consanguinidad o sin ellos, que reunido en lo que se considera su hogar, se intercambian afecto, valores y otorga mutua protección”

La familia como Institución básica de la sociedad se basa en las relaciones de afecto y consanguinidad entre sus miembros, y sus funciones principales son la reproducción, la economía y educación de sus hijos a través de la transmisión de la experiencia histórico social y de los valores de la cultura a los nuevos miembros, así como las tradiciones y normas de la vida social.

La familia es el núcleo fundamental de toda sociedad, por lo que el tipo de relaciones que se establece entre sus miembros es de capital importancia. Baste señalar que de la funcionalidad o disfuncionalidad de dichas relaciones depende del grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas

y sociales de sus integrantes. Las características Psicológicas de la familia son más que la suma de personalidades individuales de sus miembros. Las características de la familia son las propias de un sistema abierto (29). Dentro de este sistema actúan fuerzas tanto positivas como negativas, que determinan el buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural. Jackson dio a este conjunto de fuerzas el nombre de dinámica familiar, y le atribuyó un papel fundamental en el constante cambio y crecimiento de la familia(30).

2.4.1. FAMILIA Y DESARROLLO PSICOSOCIAL

La fundamental tarea de la familia, de la cual ésta no puede sustraerse, es favorecer, estimular y apoyar el desarrollo psicosocial de cada uno de sus miembros, en particular el de los niños y jóvenes. Los padres son responsables de que este logro sea garantizado a sus hijos desde las etapas prenatales.

Cada nueva etapa de vida promueve e induce en quien la cursa la adquisición de una función, actitud, un sentido y una orientación que dan nueva expresión de vida, confiere seguridad, renueva la existencia y la afirma. No es otra la finalidad de la existencia. La familia debe ser el lugar de encuentro de la seguridad y donde se dé la posibilidad de realizar la existencia desde la lactancia.

Todas las etapas del desarrollo humano imponen las tareas que tendrán que cumplirse, y éstas siempre deben realizarse bajo la vigilancia de quienes educan, proporcionando afecto, apoyo, libertad, límites y estímulos, vías para conseguir las demandas impuestas por cada etapa. A mayor riqueza de estímulos en el medio, calidad de los mismos, oportunidad en su acción y mejor selección de ellos corresponderá, con seguridad, mejores logros en la consecución de la etapa. Quien cumple una etapa y la aprovecha está apto para pasar a la próxima con la oportunidad de posible éxito. Por el incumplimiento de los requisitos impuestos por la etapa de vida o por ser muy escasos los logros, puede acontecer cualquiera de las dos situaciones siguientes:

-Detenerse el desarrollo.

-Con los pequeños logros, avanzar sin cumplir ni realizar los fines implícitos en la nueva etapa o quizá, por lo menos, esbozarlos o delinearlos, pero sin conocerlos ni vivenciarlos en forma plena y mucho menos adquirirlos como parte de una estructura vital.

Erickson(31) ha manifestado que los padres, la escuela y la comunidad que alberga las unidades básicas del aprendizaje humano son colaboradores sociales imprescindibles en el logro de la integración de actitudes básicas en el niño y el joven.

La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y sobre todo de los más jóvenes. A través de la comunicación familiar se transmiten valores, concepciones, acciones y comportamiento sobre sexualidad.

La fundamental tarea de la familia es favorecer, estimular y apoyar el desarrollo psicosocial de cada uno de sus miembros, en particular el de los niños y adolescentes. Para vivir satisfactoriamente el adolescente debe cumplir con lo que Erickson(31) llama las tareas del desarrollo: conocerse a sí mismo, adoptar un rol sexual , lograr autonomía frente a la familia, definirse vocacionalmente y lograr reacciones interpersonales autónomas para lograr su identidad. El cumplimiento de las tareas de la adolescencia depende no solo del adolescente y de su personalidad sino también de su equipamiento biológico y del ambiente que le rodea, vale decir, al apoyo, crecimiento y recursos que le ofrece su familia y la institución educacional, de las oportunidades del medio y lo que la sociedad espera de él.

El factor biológico repercute en el problema de la sexualidad por el hecho objetivo de que a edades más tempranas ya los adolescentes están capacitados para fecundar sin tener el desarrollo y la madurez necesarios desde el punto de vista biológico para desarrollar un embarazo óptimo, ni un desarrollo social adecuado para enfrentar la maternidad y la educación de un hijo (32).

Por lo expuesto, se observa cuánto han tenido que caminar padres e hijos para llegar a la adolescencia. Por eso cuando se presenta esta crisis existencial, las probabilidades de vivirla y resolverla se basan en los logros en las etapas previas del desarrollo psicosocial, como fruto de la experiencia de la vida en familia, en el campo escolar y comunitario.

Entonces es trascendente no considerar la adolescencia como un fenómeno aislado, sino como parte de un todo conexo con el pasado. En esta experiencia cuenta la historia familiar y el medio social donde se ha madurado. Por eso en cierta forma, la historia de un adolescente es la de su familia y su medio, y al escuchar ambas historias rara vez son tan disonantes que no se complementen.

2.5. PROGRAMA EDUCATIVO:

2.5.1. Definición : Programa educativo es el instrumento curricular donde se organizan las actividades de enseñanza-aprendizaje, que permite orientar al docente en su práctica con respecto a los objetivos a lograr, las conductas que deben manifestar los alumnos, las actividades y contenidos a desarrollar, así como las estrategias y recursos a emplear con este fin(33).

El programa educativo se diseñó en base a la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel, quien plantea que el aprendizaje del alumno depende de la estructura cognitiva previa que se relaciona con la nueva información. Los principios de aprendizaje propuestos por este autor, ofrecen el marco para el diseño de herramientas metacognitivas que permiten conocer la organización de la estructura cognitiva del educando.

2.5.2.TEORIA DEL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO. El aprendizaje significativo ocurre cuando una nueva información “se conecta” con un concepto relevante (“subsunsor”) pre existente en la estructura cognitiva, esto implica que, las nuevas ideas, conceptos y proposiciones pueden ser aprendidos significativamente en la medida en que otras ideas, conceptos o proposiciones relevantes estén adecuadamente claras y disponibles en la estructura cognitiva del individuo y que funcionen como un punto de “anclaje” a las primeras. (34)

La característica más importante del aprendizaje significativo es que, produce una interacción entre los conocimientos más relevantes de la estructura cognitiva y las nuevas informaciones(no es una simple asociación), de tal modo que éstas adquieren un significado y son integradas a la estructura cognitiva de manera no arbitraria y sustancial, favoreciendo la diferenciación, evolución y estabilidad de los subsunsores pre existentes y consecuentemente de toda la estructura cognitiva (34).

2.5.2.1. Requisitos para lograr el Aprendizaje Significativo (35).

Significatividad lógica del material: el material que presenta el maestro al estudiante debe estar organizado, para que se de una construcción de conocimientos.

Significatividad psicológica del material: que el alumno conecte el nuevo conocimiento con los previos y que los comprenda. También debe poseer una memoria de largo plazo, porque de lo contrario se le olvidará todo en poco tiempo.

Actitud favorable del alumno: ya que el aprendizaje no puede darse si el alumno no quiere. Este es un componente de disposiciones emocionales y actitudinales, en donde el maestro sólo puede influir a través de la motivación.

2.5.2.2. Tipos de aprendizaje significativo (35).

Ausubel distingue tres tipos de aprendizaje significativo:

a. Aprendizaje de Representaciones:

Es el aprendizaje más elemental del cual dependen los demás tipos de aprendizaje. Consiste en la atribución de significados a determinados símbolos, al respecto AUSUBEL dice: Ocurre cuando se igualan en significado símbolos arbitrarios con sus referentes (objetos, eventos, conceptos) y significan para el alumno cualquier significado al que sus referentes aludan (AUSUBEL;1983:46). Este tipo de aprendizaje se presenta generalmente en los niños

b. Aprendizaje de Conceptos

Los conceptos se definen como “objetos, eventos, situaciones o propiedades que posee atributos de criterios comunes y que se designan mediante algún símbolo o signos” (AUSUBEL 1983:61), partiendo de ello podemos afirmar que en cierta forma también es un aprendizaje de representaciones.

Los conceptos son adquiridos a través de dos procesos. Formación y asimilación. En la formación de conceptos, los atributos de criterio (características) del concepto se adquieren a través de la experiencia directa, en sucesivas etapas de formulación y prueba de hipótesis. El aprendizaje de conceptos por asimilación se produce a medida que el niño amplía su vocabulario, pues los atributos de criterio de los conceptos se pueden definir usando las combinaciones disponibles en la estructura cognitiva.

c. Aprendizaje de proposiciones

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

2.5.2.3. Principio de la Asimilación (36)

Por asimilación entendemos el proceso mediante el cual “ la nueva información es vinculada con aspectos relevantes y pre existentes en la estructura cognoscitiva, proceso en que se modifica la información recientemente adquirida y la estructura pre existente (AUSUBEL; 1983:71), al respecto Ausubel recalca: Este proceso de interacción modifica tanto el significado de la nueva información como el significado del concepto o proposición al cual está afianzada. (AUSUBEL; 1983:120).

Dependiendo como la nueva información interactúa con la estructura cognitiva, las formas de aprendizaje planteadas por la teoría de asimilación son las siguientes.

Aprendizaje Subordinado

Este aprendizaje se presenta cuando la nueva información es vinculada con los conocimientos pertinentes de la estructura cognoscitiva previa del alumno, es decir cuando existe una relación de subordinación entre el nuevo material y la estructura cognitiva pre existente, es el típico proceso de subsunción .

Ausubel afirma que la estructura cognitiva tiende a una organización jerárquica en relación al nivel de abstracción, generalidad e inclusividad de las ideas, y que, “la organización mental” [...] ejemplifica una pirámide [...] en que las ideas más inclusivas se encuentran en el ápice, e incluyen ideas progresivamente menos amplias (AUSUBEL;1983:121).

Aprendizaje Supraordinado

Ocurre cuando una nueva proposición se relaciona con ideas subordinadas específicas ya establecidas, “tienen lugar en el curso del razonamiento inductivo o cuando el material expuesto [...]implica la síntesis de ideas componentes” (AUSUBEL; 1983:83),

El hecho que el aprendizaje supraordinado se torne subordinado en determinado momento, nos confirma que esa estructura cognitiva es modificada constantemente; pues el individuo puede estar aprendiendo nuevos conceptos por subordinación y a la vez, estar realizando aprendizajes supraordinados (como en el anterior) posteriormente puede ocurrir lo inverso resaltando la característica dinámica de la evolución de la estructura cognitiva.

Aprendizaje Combinatorio

Este tipo de aprendizaje se caracteriza por que la nueva información no se relaciona de manera subordinada, ni supraordinada con la estructura

cognoscitiva previa, sino se relaciona de manera general con aspectos relevantes de la estructura cognoscitiva. Es como si la nueva información fuera potencialmente significativa con toda la estructura cognoscitiva.

2.5.5. Ventajas del Aprendizaje Significativo (37):

- Produce una retención más duradera de la información.
- Facilita el adquirir nuevos conocimientos relacionados con los anteriormente adquiridos de forma significativa, ya que al estar claros en la estructura cognitiva se facilita la retención del nuevo contenido.
- La nueva información al ser relacionada con la anterior, es guardada en la memoria a largo plazo.
- Es activo, pues depende de la asimilación de las actividades de aprendizaje por parte del alumno.
- Es personal, ya que la significación de aprendizaje depende los recursos cognitivos del estudiante.

2.5.6. Aplicaciones pedagógicas (38)

- El maestro debe conocer los conocimientos previos del alumno, es decir, se debe asegurar que el contenido a presentar pueda relacionarse con las ideas previas, ya que al conocer lo que sabe el alumno ayuda a la hora de planear.
- Organizar los materiales en el aula de manera lógica y jerárquica, teniendo en cuenta que no sólo importa el contenido sino la forma en que se presenta a los alumnos.
- Considerar la motivación como un factor fundamental para que el alumno se interese por aprender, ya que el hecho de que el alumno se sienta contento en su clase, con una actitud favorable y una buena relación con el maestro, hará que se motive para aprender.
- El maestro debe tener utilizar ejemplos, por medio de dibujos, diagramas o fotografías, para enseñar los conceptos.

2.5.3. PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SEXUALIDAD PARA L@S ADOLESCENTES MENORES DEL INSTITUTO “EZEQUIEL CARDENAS ESPINOZA”. LECTIVO 2006-2007

1. OBJETIVOS:

- a. Brindar información biológica y fisiológica sobre la sexualidad en la adolescencia.
- b. Promover la responsabilidad individual y social frente a la sexualidad
- d. Reforzar valores individuales que motiven a los/las adolescentes para el desarrollo de comportamientos y que puedan ser vivenciados y ejecutados en la vida cotidiana previa una adecuada comprensión de los mismos.

2. CONTENIDOS:

- Anatomía y fisiología del aparato reproductivo
- Caracteres sexuales secundarios masculinos y femeninos.
- Ciclo menstrual, período de riesgo de embarazo.
- Edad de embarazo, métodos anticonceptivos (incluyendo abstinencia), principales problemas del embarazo en la adolescencia.
- VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, formas de contagio, conductas preventivas.
- Aspectos relacionados con el autocontrol y manejo del afecto, influencia del entorno social y manejo de los valores personales en la toma de decisiones y metas a futuro.

3. ACTIVIDADES:

Las actividades se planificaron para 5 días, con una duración de 2 horas clase diarias como consta en el plan de clase, ver anexo 1. La hora clase es de 40 minutos.

4.RECURSOS:

Humanos: 1 Facilitadora

1 ayudante para manejo de material audiovisual

1 inspectora asignada a cada curso

Materiales: Módulo 1 de educación sexual “mi cuerpo cambio y yo también”

Módulo 2 de educación sexual “experimentando un mundo nuevo”

del proyecto de Educación para el desarrollo local sustentable y la

salud sexual y reproductiva. Ecu/97/PO2. MEC-UNFPA-UNESCO.

Computador

Infocus

Pizarrón

hojas

Marcadores

Tiempo requerido: 10 horas clase, 80 minutos por día.

CAPÍTULO III

3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

3.1. HIPÓTESIS

Hipótesis alterna

La aplicación de un programa de intervención educativa modifica significativamente los conocimientos sobre sexualidad de l@s estudiantes de 11 a 14 años de edad del Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la modificación que produce la aplicación de un programa educativo en el grado de conocimientos sobre sexualidad en l@s estudiantes de 10 a 14 años de edad del Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza.

3.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el nivel de conocimientos sobre sexualidad en los estudiantes de 11 a 14 años de edad del Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza antes de la intervención educativa.
- Medir la magnitud de la modificación de los conocimientos sobre sexualidad luego de la intervención educativa.

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGIA

4.1. DISEÑO

Se realizó un estudio cuasi experimental con una modalidad Pre-test y Post-test para medir la magnitud de la modificación de los conocimientos sobre sexualidad.

4.2. POBLACION DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo representada por tod@s l@s adolescentes de 11 a 14 años de edad del Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza, matriculados en el año lectivo 2006-2007.

4.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra incluyó la población de estudio, es decir 105 estudiantes.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Tod@s l@s estudiantes de 11 a 14 años que aceptaron participar en el estudio y que acudían normalmente a clases.

L@s adolescentes debían asistir por lo menos a cuatro de los cinco talleres que se efectuaron en la intervención.

4.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Inasistencia a más de dos talleres.

4.6.VARIABLES

Se incluyeron las siguientes variables: edad, sexo, conocimientos sobre sexualidad, estructura familiar, ocupación de los padres, tiempo que comparten los padres en el hogar, instrucción materna, emigración.

4.7. RELACIÓN DE VARIABLES

Programa de intervención
Educativa



Modificación de los conoci-
mientos sobre sexualidad

V. INDEPENDIENTE

V. DEPENDIENTE

4.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE Y DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento.		Años cumplidos	Numérica
SEXO Característica fenotípica que diferencia hombre de mujer		Fenotipo	Masculino Femenino
CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Información acumulada por una persona sobre sexualidad	Antes	Calificación	Correcto Incorrecto
	Después	Calificación	Correcto Incorrecto
OCUPACION DE LOS PADRES Actividad y/o profesión		Información del/la adolescente	Nominal
TIEMPO QUE COMPARTEN LOS PADRES EN EL HOGAR Tiempo que dan los padres a los hijos	Padre	Horas	> 5 < 5
	Madre	Horas	> 5 < 5
INSTRUCCIÓN MATERNA Niveles de instrucción aprobados dentro del Sistema de Educación Formal		Información	Primaria Secundaria Superior
EMIGRACIÓN Cambio de residencia en relación a zona geográfica regional, nacional o internacional de uno a ambos progenitores para adquirir nueva residencia	Paterna	Información	Si No
	Materna	Información	Si No
INTERVENCIÓN EDUCATIVA Aplicación de un programa educativo sobre sexualidad		Calificación	Correcto Incorrecto

4.9. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

Para la elaboración del presente estudio primero se contactó con el rector del Instituto Ezequiel Cárdenas para su autorización, posteriormente solicitamos la colaboración de inspección y de los profesores guías de curso.

Este estudio se realizó en cuatro etapas:

1. ETAPA DE DIAGNÓSTICO:

Consistió en un diagnóstico inicial mediante un formulario (ANEXO 3) con 33 ítems, distribuidos en las siguientes secciones:

- Sección I: sobre edad, sexo, curso, con quienes vive, si tiene en el exterior a sus progenitores, trabajo y nivel de instrucción de los padres, horas de compartir en casa con los padres
- Sección II: conocimientos sobre salud reproductiva referente a período de riesgo de embarazo, edad de embarazo, métodos anticonceptivos
- Sección III: conocimientos sobre VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, formas de contagio
- Sección IV: si ha recibido o no educación sexual y de qué fuente obtuvo si lo recibió.

La encuesta fue validada a través de su aplicación mediante una prueba piloto a un grupo de 10 estudiantes anónimos de un establecimiento educativo con características similares a las de la población investigada. Se realizaron algunos ajustes y modificaciones, especialmente en relación con el lenguaje y la comprensión de cada una de las preguntas. A continuación, se aplicó la nueva versión a todos/as los/las adolescentes del Instituto Ezequiel Cárdenas con edades comprendidas entre 10 a 14 años. La encuesta fue llenada entre 40 a 45 minutos en presencia de la investigadora y de la inspectora del curso, quienes solucionaron las dudas de los estudiantes sobre el cuestionario.

2. ETAPA: DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

En base al análisis cualitativo y cuantitativo de la información proporcionada por los/las 105 adolescentes encuestados y luego de la revisión de los módulos 1 (Mi cuerpo cambia y Yo también) y parte del 2 (Experimentando un mundo nuevo) del programa de educación sexual para adolescentes diseñado por el Proyecto de educación para el desarrollo local sustentable y la salud sexual y reproductiva, Ecu/97/PO2 del Ministerio de Educación y Cultura se diseñó la intervención educativa, fundamentada en la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel (34-38).

Sus objetivos fueron:

- a. Brindar información biológica y fisiológica sobre la sexualidad en la adolescencia.
- b. Promover una vida sexual sana y una cultura sexual basada en conocimientos científicos.
- c. Promover la responsabilidad individual y social frente a la sexualidad.
- d.- Reforzar valores individuales que motiven a los/las adolescentes para el desarrollo de comportamientos y que puedan ser vivenciados y ejecutados en la vida cotidiana previa una adecuada comprensión de los mismos.

El programa de intervención educativa consideró los siguientes aspectos: anatomía y fisiología del aparato reproductivo, caracteres sexuales secundarios masculinos y femeninos, ciclo menstrual, período de riesgo de embarazo, edad de embarazo, métodos para prevención de embarazo (incluyendo abstinencia), principales problemas del embarazo en la adolescencia, VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, formas de contagio, conductas preventivas, aspectos relacionados con el autocontrol y manejo del afecto, influencia del entorno social y manejo de los valores personales en la toma de decisiones y metas a futuro.

3. ETAPA: EJECUCION DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Para la ejecución de la intervención educativa se dividió la población de estudio en 3 grupos (octavo, Noveno y décimo año) para facilitar la asistencia de los alumnos, cada grupo recibió la capacitación, dos horas clase por día por 5 días, utilizando la técnica expositiva, el diálogo que promueve el interés de los/las adolescentes, técnicas participativas, discusión y plenarias, con el apoyo del material didáctico audiovisual en la parte informativa y del material de apoyo del módulo 1 y 2 del proyecto de educación para el desarrollo local sustentable y la salud sexual y reproductiva. ECU/97/PO2, en convenio MEC, UNFPA y UNESCO para la parte formativa.

4. ETAPA: EVALUACIÓN

Para la evaluación se aplicó el formulario inicial de manera similar al de la primera encuesta, destacando los objetivos y la importancia de los datos proporcionados. El intervalo de tiempo transcurrido entre las encuestas de pre intervención y post-intervención fue de 3 meses. Se obtuvieron los resultados para cada encuestado.

Para efectuar el análisis estadístico, la escala original de respuestas de algunas variables se recodificaron a variables dicotómicas, SI Y NO. Se admitió como no, aquellas que no contestaban. Para facilitar la presentación de los resultados se hizo los siguientes ajustes:

PREGUNTA	TABULACION
Desde qué edad una adolescente puede quedar embarazada?	EDAD de embarazo en la adolescente
Desde que edad un adolescente puede embarazar a una mujer?	Edad de embarazo del adolescente
Existe riesgo de concepción en la primera relación?	Concepción en la primera relación
Conoce el riesgo de concepción relacionado con el ciclo menstrual?	Riesgo de concepción y ciclo menstrual
Conoce alguna forma de evitar el	Métodos anticonceptivos

Embarazo?	
Señale las formas que ha escuchado usted, sirven para evitar el embarazo?	Anticonceptivo más conocido
Una persona se puede contagiar con VIH la primera vez que tiene relaciones sexuales?	Contagio en la primera relación

Se asignó un punto por cada respuesta SI, excepto la relacionada con la curación del SIDA, en donde a la respuesta NO se le asignó un punto.

Los resultados se presentan en forma de tablas, utilizando las medidas estadísticas de frecuencia, porcentaje y probabilidad. Las conclusiones que se dan con significación estadística se trabajan con una confiabilidad de un 95%.

4.10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Por la naturaleza del diseño aplicamos estadística inferencial. Las variables discretas se expresan como número de casos y porcentaje y se compararon utilizando la prueba del chi cuadrado.

Las variables continuas son presentadas como media y desviación estándar. Se realizó la comparación ANTES y DESPUES de la intervención educativa mediante la t de Student. Se consideraron significativas todas aquellas diferencias con valor de $p < 0.05$.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Los resultados se presentan como: a) características generales de la población de estudio, b) características generales de los padres, c) pruebas de normalidad de la distribución de las variables y d) efecto de la intervención educativa sobre la modificación de los conocimientos sobre sexualidad.

Se incluyeron en el estudio 105 estudiantes del Instituto Ezequiel Cárdenas que representan la población adolescente menor, es decir de 11 a 14 años.

La información fue recogida completamente, según el formulario de operacionalización de las variables, en todos los individuos que participaron en la investigación.

5.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Tabla 1

Distribución, según variables demográficas, de 105 adolescentes alumnos del Instituto Ezequiel Cárdenas durante el año Lectivo 2006-2007. Guapán 2007.

VARIABLE		No.	%
Sexo	Masculino	51	48,6
	Femenino	54	51,4
Grado escolar	Octavo	28	26,7
	Noveno	43	41,0
	Décimo	34	32,4
Con quién vive	Papá, mamá y hermanos	55	52,4
	Mamá y hermanos	31	29,5
	Hermanos	3	2,9
	Abuelos	7	6,7
	Otros	1	1,0
Progenitores en el exterior	Papá	23	21,9
	Mamá	4	3,8
	Papá y mamá	9	8,6
	Ninguno	69	65,7

Fuente: encuestas

Elaboración: autora

L@s adolescentes menores del Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza se encuentran en las edades comprendidas entre 11 y 14 años, con una edad promedio de 12.8 ± 0.8 años. Según la tabla 1, su distribución por sexo es similar para los dos, y se encuentran ubicad@s en el octavo, noveno y décimo año de educación básica. La mayor parte de ella se halla en el noveno año de educación básica. El 52% de l@s adolescentes pertenecen a una familia nuclear, viven con ambos padres; el 22% tiene a su padre en el exterior y cerca de un 9% no vive con sus progenitores.

5.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PADRES

TABLA 2

Características relacionadas con los padres de l@s 105 adolescentes del Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza. Lectivo 2006-2007. Guapán 2007.

	VARIABLE	FRECUENCIA	%
Ocupación del padre	Obrero	64	60,95
	Chofer	16	15,24
	Profesional	13	12,38
	Empleado público	8	7,62
	Artesano	4	3,8
Ocupación de la madre	QQDD	86	81,9
	Obrera	10	9,5
	Comerciante	5	4,8
	Artesana	2	1,9
	Empleada pública	2	1,9
Instrucción materna	Primaria Incompleta	10	9,52
	Primaria	29	27,62
	Secundaria Incompleta	50	47,61
	Secundaria	14	13,33
	Superior	2	1,9
Horas madre en casa	Todo el día	86	81,9
	5 horas o más	8	7,6
	Menos de 5 horas	1	1,0
	No contesta	10	9,5
Horas padre en casa	Todo el día	1	1,0
	5 horas o más	37	35,2
	Menos de 5 horas	25	23,8
	No contesta	42	40,0

Fuente: encuestas

Elaborado por la autora

Los quehaceres domésticos ocupan el mayor porcentaje (80%) de la actividad de las madres de familia de la población de estudio, sólo el 2% son empleadas públicas y el resto obreras. En cambio más del 60% de los padres, son obreros (ver tabla 2). El nivel de escolaridad de la madre es secundaria incompleta con el (47,61%), pero también existe un (9.5%) de madres que tienen primaria incompleta. En concordancia con la ocupación, más del 80% de las madres permanece en el hogar todo el día y solo el 1% pasa menos de 5 horas diarias. En el caso de los padres de familia sólo el 35.2% permanece en el hogar más de 5 horas.

A pesar de que no fue objetivo del estudio estas variables consideramos que tiene su importancia, toda vez que el nivel de conocimientos sobre sexualidad según varios estudios (3,4,15) depende de muchos factores, dentro de los cuales se menciona la estructura familiar, la ausencia de uno o ambos progenitores, el nivel de instrucción de los padres, especialmente la instrucción materna, que a decir de Cruz Romero (15) la madre es la que más tiempo permanece en el hogar y a quién acuden en primera instancia los hijos para satisfacer sus inquietudes; el nivel de educación brindará mayor acceso hacia temas de sexualidad, lo que a su vez facilitará el diálogo con sus hijos. De igual forma se atribuye que según el tiempo de permanencia en el hogar, los padres tendrán mayor acceso para educarlos, de manera particular, dentro del campo de la sexualidad, donde se requiere un nivel de confianza mutua. El tiempo de permanencia en el hogar a su vez va a depender de la ocupación, lo que se puede observar en el presente estudio que el 89% de las madres, debido a su actividad de los quehaceres domésticos, permanecen en el hogar, todo el día.

De otra parte, en el Austro ecuatoriano la ausencia de uno o ambos progenitores se debe entre otras causas a la migración internacional, misma que produce trastornos en la vida cotidiana de la familia que afectan directamente a la unidad de sus miembros y a su estabilidad emocional y

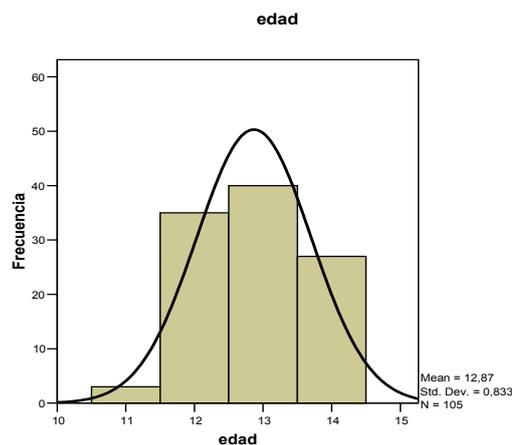
quienes mas sufren sus consecuencias son l@s adolescentes, ya que no podrán contar con la orientación de sus progenitores. La inclusión de estas variables demográficas nos sirve para caracterizar a la población de estudio.

5.3. PRUEBAS DE NORMALIDAD

Para establecer si la frecuencias de las variables de estudio estuvieron distribuidas normalmente se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov.

Gráfico 2

Histograma de distribución de la edad de 105 adolescentes



Se consideró de antemano que la distribución de edad y de grado escolar no será normal debido a que fueron seleccionados como requisito de inclusión en el estudio las edades de 11 a 14 años y los grados escolares desde al octavo al décimo, tal como lo demuestra el siguiente histograma de la edad ($p = 0,0001$):

La distribución de la edad no es normal porque se trabaja solo con los adolescentes menores.

Tabla 3.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Variable Sexo.

	sexo
Número de datos	105
Parámetro de Poisson (a,b)	0,49
Z de Kolmogorov-Smirnov	1,035
Sig. asintót. (bilateral)	0,235

Utilizando la distribución de contraste de Poisson la aplicación de la prueba de Kolmogorov Smirnov establece que la distribución por sexo tiene una asimetría estadísticamente no significativa. El valor de la significancia asintótica bilateral es de 0,236 lo cual nos indica que puede considerarse una distribución normal.

5.4. INTERVENCIÓN EDUCATIVA

5.4.1. Lista de los ítems de evaluación

1. DESDE QUE EDAD UNA ADOLESCENTE PUEDE QUEDAR EMBARAZADA?
2. DESDE QUE EDAD UN ADOLESCENTE PUEDE DEJAR EMBARAZADA A UNA MUJER?
3. EN QUE PARTE DEL CICLO MENSTRUAL TIENE LA MUJER LA MAYOR PROBABILIDAD DE QUEDAR EMBARAZADA?
4. PUEDE UNA ADOLESCENTE QUEDAR EMBARAZADA LA PRIMERA VEZ QUE TIENE RELACIONES SEXUALES?
5. CONOCE ALGUNA FORMA DE EVITAR EL EMBARAZO?
6. SEÑALE LAS FORMAS QUE HA ESCUCHADO USTED, SIRVEN PARA EVITAR EL EMBARAZO?
 1. PÍLDORA
 2. DIU
 3. PRESERVATIVO
 4. QUIRURGICO
7. EXISTE ALGUNA RAZON POR LA QUE SE DEBA EVITAR EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA?
8. CUALES CONSIDERA, SON LAS PRINCIPALES RAZONES?
 1. Razones maternas
 2. Razones del bebé
 3. Por razones maternas y del bebé
9. HA ESCUCHADO HABLAR DE LA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA?
10. UNA PERSONA QUE SE VE SALUDABLE PUEDE ESTAR INFECTADA CON EL VIH/SIDA?
11. UNA PERSONA SE PUEDE CONTAGIAR CON EL VIH LA PRIMERA VEZ QUE TIENE RELACIONES SEXUALES?
12. UNA MUJER CON EL VIH PUEDE DAR A LUZ UN BEBE CON EL VIH?
13. EL SIDA ES CURABLE?
14. CONOCE LAS FORMAS MÁS COMUNES DE CONTAGIO DEL VIH.
15. SEÑALE LAS FORMAS DE CONTAGIO:
16. HA ESCUCHADO HABLAR SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?
17. SEÑALE LAS INFECCIONES QUE CONOCE, SE TRANSMITEN A TRAVÉS DE LAS RELACIONES SEXUALES.
 1. GONORREA
 2. SIFILIS
 3. HERPES GENITALES
 4. CANDIDIASIS
 5. TRICOMONIASIS
 6. HEPATITIS B
 7. SIDA
18. HA RECIBIDO EDUCACION SEXUAL?
19. SI RECIBIÓ, EN DONDE FUE?
 1. ESCUELA
 2. COLEGIO
 3. ESCUELA Y COLEGIO
20. HA HABLADO SOBRE ASPECTOS DE LA SEXUALIDAD CON SUS PADRES?
21. EN CASO DE SER AFIRMATIVA LA RESPUESTA ANTERIOR, CON QUIÉN HA HABLADO SOBRE EL TEMA?
 1. PADRE
 2. MADRE
 3. PADRE Y MADRE.

El análisis de estos ítems se realizó según las secciones establecidas en el formulario.

Sección I: comprende los relacionados a los conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción, incluye desde el ítem 1 hasta el 8.

Sección II: conocimientos sobre VIH/SIDA agrupa los ítems desde el 9 hasta el 15.

Sección III: conocimientos sobre ITS, contiene los ítems 16 y 17.

Sección IV: sobre Educación Sexual, abarca desde el ítem 18 hasta el 21.

5.4.2. SECCIÓN I

TABLA 5
CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION

ITEM	ANTES		DESPUES		VALOR P
	NUM	%	NUM	%	
1	0	0	80	76.19	0.00001
2	0	0	89	84.8	0,00001
3	2	1.9	99	94.28	0.00001
4	31	9.5	99	94.3	0.00001
5	84	80.00	102	97.14	0.00001
6.1	16	15.2	76	73.38	0.00001
6.2	1	1.0	42	40.00	0.00001
6.3	67	63.8	102	97.14	0.00001
6.4	0	0	61	58.09	0.00001
7	103	98.09	105	100.0	0.1553
8.1	20	19.04	63	60.0	0.00001
8.2	84	80.00	7	6.66	0.0001
8.3	1	1	35	33.33	0.00001

Fuente: encuestas

Elaborado por la autora

En la tabla que engloba los ítems de la sección sexualidad y anticoncepción observamos que el 84.61% mejoraron significativamente, el 7.69% tuvo una mejora no significativa y un 7.69% tuvo una disminución significativa. Respecto a esta última cifra, en donde se observa una disminución significativa, corresponde al ítem de las razones por las que l@s adolescentes consideran se debe evitar el embarazo. Antes de la intervención, priorizaban las causas asociadas con el bebé, luego de la intervención le dan mayor importancia a la asociada con los problemas de la madre adolescente, es decir hay un cambio de percepción.

5.4.3. SECCIÓN II

TABLA 6
CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

ITEM	ANTES		DESPUES		VALOR P
	N	%	N	%	
9	105	100	105	100	1.000
10	38	36.19	100	95.23	0.00001
11	86	81.90	101	96.19	0.00009
12	44	41.90	97	92.38	0.00001
13	105	100	105	100	1.000
14	86	81.9	97	92.38	0.02334
15	86	81.9	97	92.38	0.02334

Fuente: encuestas

Elaborado por la autora

En el cuadro de la sección II, sobre conocimientos de VIH/SIDA observamos que el 71.42% mejoró significativamente y el 28.57% no tuvo modificación; esta no modificación se explica por que ya antes de la intervención obtuvieron el 100% en los ítems correspondientes a, si ha escuchado hablar sobre el SIDA y respecto a que el SIDA no tiene curación; luego de la intervención se mantiene este porcentaje.

5.4.4. SECCIÓN III

TABLA 7

CONOCIMIENTOS SOBRE ITS

ITEM	ANTES		DESPUES		VALOR P
	NUM.	%	NUM.	%	
16	25	23.8	100	95.23	0.00001
17.1	0	0	87	82.85	0.00001
17.2	0	0	96	91.42	0.00001
17.3	0	0	79	75.23	0.00001
17.4	0	0	74	70.48	0.00001
17.5	0	0	85	80.95	0.00001
17.6	0	0	36	34.28	0.00001
17.7	25	23.8	105	100	0.00001

Fuente: encuestas

Elaborado por la autora

En la sección de conocimientos sobre ITS observamos una modificación de conocimientos, estadísticamente significativa, en el 100% de los ítems evaluados. Esto se explica por la casi nula información de l@s adolescentes respecto a ITS antes de la intervención educativa. Sólo el 23,8% había escuchado hablar sobre las ITS y casi la totalidad desconocían las enfermedades que pertenecen a este grupo.

5.4.5. SECCIÓN IV

TABLA 8

EDUCACION SEXUAL

ITEM	ANTES		DESPUES		VALOR P
	NUM.	%	NUM.	%	
18	69	65.71	105	100	0.00001
19.1	26	24.8	26	24.8	1,0000
19.2	26	24.8	68	64.8	0.00001
19.3	17	16.2	37	35.2	0.00158
20	21	20.0	51	48.57	0.00001
21.1	3	2.9	7	6.6	0.19492
21.2	18	17.1	42	40	0.00024
21.3	0	0	2	1.90	0.15533

Fuente: encuestas

Elaborado por la autora

Esta sección de educación sexual no evalúa los conocimientos, pero se incluye con el propósito de demostrar de que fuente obtuvo la información sexual el adolescente y como se ha modificado el hablar del tema con los padres. En la tabla 8 observamos que el 100% de l@s adolescentes recibieron la capacitación en sexualidad. Antes de la intervención sólo el 20% habló con sus padres sobre aspectos de sexualidad, luego de la intervención esta cifra se elevó al 48%, y de esta el 40% habló con su madre.

TABLA 9

CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN

VARIABLE	Antes de intervención X ± SD	Después de intervención X ± SD	Valor P
Conocimientos (Respuestas correctas)	48.88 ± 38,3	81,56 ± 38,3	0.002

Fuente: encuestas

Elaborado por la autora

En forma general, según la escala de puntuación utilizada, la media de los conocimientos antes de la intervención se encuentra dentro de la calificada como MALA (<60%), en tanto que, luego de la intervención educativa esta media se ubicó en la categoría MUY BUENA (80-89%), razón por la que se obtiene una “p” altamente significativa.

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis de trabajo, al mejorar significativamente los conocimientos sobre sexualidad luego de la aplicación del programa educativo.

VI. DISCUSION

La salud de los adolescentes y jóvenes es un elemento básico para el avance social, económico y político de un país. Los cambios que ocurren desde el punto de vista biológico, psicológico y social hacen que sea la adolescencia, después de la infancia, la etapa más vulnerable del ciclo vital, por lo que debe ser atendida de manera especial.

La educación es el motor del desarrollo en todos los ámbitos y de manera especial dentro de este campo, en consecuencia la educación sexual constituye una necesidad en la sociedad pero una educación sexual integral orientado hacia el contexto socioeconómico, político, jurídico y cultural, al ambiente grupal, familiar y al propio desarrollo individual del adolescente. Una educación que capacite al/la adolescente para que en sus relaciones con el otro sexo pueda disfrutar de los más humanos valores y crear las condiciones materiales y espirituales óptimas para el fortalecimiento de los más legítimos sentimientos de amor, respeto y solidaridad que sobre la base de la plena igualdad deben existir entre sus miembros, pero una educación democrática efectuada con el/la adolescente.

Con estas consideraciones se efectuó el programa de capacitación, el mismo que permitió desarrollar aprendizajes significativos sobre la sexualidad, ETS y SIDA sobre la base de un ciclo de enseñanza que, partiendo de las propias vivencias, lleva a la reflexión, la conceptualización, la aplicación de lo aprendido y el desarrollo de nuevas vivencias.

En varios trabajos (39-44)) se enfoca la edad como una variable determinante en los conocimientos sobre educación sexual. En consecuencia consideramos que esta etapa dentro de la adolescencia es el momento propicio para contribuir a formar valores, comportamientos, actitudes sexuales, adecuada autoestima, responsabilidad e independencia, en lo posible antes que los/las adolescentes inicien una vida sexual activa, razón por la que la educación sexual adquiere notables dimensiones, única forma de hacer que los/las

adolescentes no se vean afectados por lo que se ha dado en llamar la "revolución sexual".

Los resultados obtenidos ANTES de la intervención educativa revelan en l@s adolescentes una deficiente educación sexual, situación que coincide con otros estudios (16,17) realizados en adolescentes y jóvenes en América Latina.

Así en el modelo ANTES los/las estudiantes desconocían desde que edad una adolescente puede quedar embarazada y desde que edad un adolescente puede dejar embarazada a una mujer; lo que evidencia el desconocimiento por parte de los/las estudiantes, de la fisiología, psicología y desarrollo sexual propios de su edad.

De igual forma, menos del 30% conoce que existe el riesgo de concebir en la primera relación sexual y casi la totalidad de adolescentes del estudio desconoce el período fértil relacionado con el ciclo menstrual. Esto coincide con un estudio realizado con estudiantes del décimo año de la Ciudad de Cartagena en donde el 60% presentaba bajos y muy bajos conocimientos sexuales, sólo un 25% sabía identificar el momento de ovulación.

También se encontró que solo el 65% identifica el preservativo como el anticonceptivo más conocido, pero los demás métodos como el DIU, píldoras e inyecciones son desconocidos para la mayoría de los encuestados; esto coincide con *Gómez Duque quién* en un estudio realizado en Colombia demuestra que el 79,4 % de los encuestados no conocen los métodos anticonceptivos (45).

Asimismo el nivel de conocimiento sobre las ITS es malo, sólo menos del 25% ha escuchado sobre ITS y sus formas de contagio, pero desconocen las ITS existentes. Estos resultados están por debajo de los encontrados por *Francisco Adalkis* (46) quien reporta que el 33,3 % del universo estudiado conocía cómo protegerse de las infecciones de transmisión sexual. También *Gómez Duque*

(45) encontró valores superiores a nuestra investigación, en donde cerca del 80 % de los adolescentes tenían conocimientos de protección.

Constituye una consideración especial el hecho de que la totalidad de los encuestados ha escuchado hablar sobre el SIDA y sabe que quien la padece no tiene curación, y el 85% conoce sus formas de contagio más comunes, aunque solo el 36% sostiene que una persona aparentemente saludable puede tener SIDA. Lo primero puede explicarse por las masivas campañas de VIH/SIDA llevadas a cabo tanto a nivel nacional como internacional, especialmente a través de los medios de comunicación.

Es preocupante observar que sólo el 18% de los/las estudiantes ha hablado sobre temas de sexualidad con su madre y casi nadie con su padre (2%). Esta situación puede deberse entre las principales causas, a que los padres a menudo no expresan la disposición, la prudencia y la madurez necesarias para dialogar sobre el sexo y la sexualidad con sus hijos y/o a que pasan la mayor parte del tiempo fuera de casa. Esto coincide con el estudio realizado por Ileana García (47) en ciudad de La Habana. En otros casos, para muchos adultos, según estudio de la UNESCO (48), ofrecer información sobre la sexualidad a los adolescentes es motivo de preocupación, ya que consideran que los jóvenes son sexualmente promiscuos y que suministrarles nuevos conocimientos aumentaría dicha promiscuidad. Este es sin duda uno de los factores que han determinado el débil desarrollo de los programas de educación sexual en nuestro medio y, en ocasiones, la franca oposición de algunos sectores sociales a este tipo de iniciativas.

Este trabajo revela que un porcentaje considerable de los adolescentes la información que manejan al respecto es con frecuencia insuficiente o de mala calidad, lo que corrobora la pertinencia de implementar programas educativos específicos.

El 65% de la población de estudio indica haber recibido educación sexual en el colegio, pero aquello no se refleja en los resultados obtenidos. Esto difiere de

autores cubanos como Francisco Adelskis (46) quien plantea que más del 50 % de sus adolescentes no habían recibido información sexual y que la fuente principal de los que sí lo habían recibido era el médico de la familia.

En nuestro estudio la labor educativa permitió adquirir y en otros casos elevar el nivel de conocimientos de los estudiantes sobre sexualidad y en particular, sobre edad y período fértil, métodos anticonceptivos, SIDA e ITS, lo que coincide con otros estudios (15,49) quienes comunican ascenso de conocimientos de 48,1% a 79,6% y de 43.6% a 75.4% después de la influencia educativa efectuada. En nuestro estudio obtuvimos mejores resultados que los anteriormente expuestos, esto es a nivel general de 48.88% a 81.56%.

En el modelo DESPUES el 80% de la población analizada ya conoce desde que edad una adolescente puede embarazarse y desde que edad un adolescente puede dejar embarazada a una mujer.

Respecto al riesgo de concepción en la primera relación y asociado con el ciclo menstrual y el conocimiento de métodos anticonceptivos se modificaron a excelente (93.33%), valor que es muy importante si queremos evitar que los/las adolescentes tengan que afrontar problemas de embarazos no deseados.

De igual forma el 97% de los/las adolescentes conocen algunas formas de evitar el embarazo y el 99.5% de los encuestados señalan el preservativo como método anticonceptivo más conocido, pero más de la mitad citan los otros métodos anticonceptivos como la píldora, la esterilización femenina, el DIU, que antes de la intervención era casi desconocidos, esto concuerda con investigaciones (39,47,50) realizadas en otros países que informan que la educación sexual en adolescentes incrementa el conocimiento de los métodos anticonceptivos y que aquellos adolescentes que reciben tal educación antes de su primera relación sexual tienen más probabilidad de usar anticonceptivos desde ese momento. Tales resultados resaltan la importancia de brindar más información e integrar los conocimientos de sexualidad y anticoncepción en un marco motivacional más amplio.

Además el conocimiento sobre ITS mejoró significativamente, alcanzando un 95.23% en lo relacionado a formas de transmisión. Este dato es superior al encontrado por Castell Medina (51) quien obtuvo solo un 75% de respuestas correctas al respecto.

En nuestro estudio el 72.3% de adolescentes identifican cuáles son las ITS, dato que coincide con el 72% hallado por Castell Medina (51).

En lo referente a las formas de transmisión del SIDA el 95% de los/las estudiantes modificó sus conocimientos a excelente.

El diálogo de los/las estudiantes con los padres sobre sexualidad mejoró, aunque todavía no alcanza el 50% pero en su gran mayoría lo ha hecho con su madre. Esto concuerda con estudios realizados por Ileana García (47), quien encontró que los/las adolescentes tienen más confianza en la madre.

Es posible que el corto lapso transcurrido entre la aplicación de la experiencia educativa y la encuesta de conocimientos final influyese en los buenos resultados.

Entre los posibles sesgos de las respuestas a los cuestionarios se encuentran las informaciones exageradas, sobre todo en los varones, o atenuadas sobre todo en las mujeres, o el sesgo de evocación. Sin embargo, la validación previa de los cuestionarios mediante pruebas piloto reduce la probabilidad de sesgos por dificultades de comprensión de conceptos. Es por tanto razonablemente probable que los resultados reflejen los conocimientos sobre sexualidad, anticoncepción, ETS/SIDA de los adolescentes menores del Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza por lo que se puede extrapolar la experiencia a escalas mayores, primero dentro de la institución educativa luego aplicarlo en contextos similares a los de la población investigada

Si bien la educación sexual debe ser una responsabilidad compartida por familias, escuelas y algunas instancias educativas externas, vemos que los

padres en su gran mayoría no abordan el tema, corresponde entonces a las instituciones educativas poner en marcha aquello que mediante acuerdo ministerial está en vigencia desde Junio del 2006, ya sea mediante : a) la inclusión de la educación sexual como eje transversal en el currículo, y b) la definición de un programa progresivo de educación sexual en el currículo académico y formativo. En cualquiera de los dos casos, la educación continua de los docentes y la elaboración de material didáctico adecuado son aspectos esenciales.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

VII.1. CONCLUSIONES:

-No hubo predominio de ningún sexo, la edad mínima fue 11 años y la máxima 14 años.

-El 65% de los/las estudiantes dicen haber recibido educación sexual en el Colegio, pero el nivel de conocimientos fue malo

-No existe presencia de la función educativa de la familia en materia sexual.

-No hay un seguimiento de la institucionalización de la sexualidad y el amor, por parte del Ministerio de Educación y Cultura.

-El nivel de conocimientos sobre sexualidad, VIH/SIDA e ITS luego de la intervención educativa se elevó a muy bueno, lo que demuestra una vez más la labor insustituible de la función educativa.

VII.2. RECOMENDACIONES:

-Que las autoridades del Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza tomen conciencia de la importancia de una educación sexual integral y viabilicen verdaderos procesos de cambio mediante compromisos intra e intersectoriales en materia de desarrollo y salud sexual de sus educandos, a fin de que la ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor, no quede únicamente escrita.

-Que el departamento médico lidere la capacitación de los maestros en educación sexual y evalúe periódicamente el nivel de conocimientos de los/las adolescentes del Instituto.

-Que el departamento de orientación vocacional diseñe estrategias para propiciar una comunicación clara y abierta entre padres e hijos que incluyan temas de sexualidad y clarificación de valores.

-Debido al inicio de relaciones sexuales a edades tempranas, los programas de educación sexual son herramientas con alto valor protector, por lo que se debe hacerlo antes de que los jóvenes empiecen a tener relaciones sexuales.

-Cualquiera de las alternativas de educación sexual es válida siempre y cuando no se base en una posición represora de la sexualidad y esté orientada más bien a promover elecciones autónomas, conscientes y responsables de las conductas sexuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Historia del sexo, URL disponible en :
<http://www.sos-sexo.com.ar/historiasexo/revolución.htm>
2. Lutz Elvira, Arnaldo Gomensoro, Geografía del sexo, Manual de orientación para padres y educadores. Ediciones del nuevo mundo. FIPA, pgs 10-11.
3. González C. et. al. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes Mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000
4. Naranjo Pinto Jorge, Diagnóstico Situacional de la población de adolescente y el marco conceptual para su atención integral. Quito, 1999-2000. p.19
5. Guijarro S, Adolescencia en Latinoamérica, Salud sexual y Reproductiva, (OPS-FNUAP, 1998), XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia de la a.e.p. BOLETIN DE PEDIATRIA, en Boletín Pediátrico. Vol. 47(supl.1) 2007
6. Pozo A. Salud reproductiva de las adolescentes. Correo Poblacional y de la Salud 1998; 6:35-42.
7. Prostitución y Pornografía. El gran libro de la sexualidad, fascículo 19. Quito: Diario Hoy; 1998
8. Maddaleno Matilde, Plan de acción Regional sobre salud de adolescentes ,OPS, Washington, D.C.
9. Barros T, et al, Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes, en Rev Panamericana de salud Pública. V.10 n.2 Washington ago.2001
10. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Epidemiología. Informe Estadístico 1998. Quito: Ministerio de Salud Pública; 1998.
11. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Informe Epidemiológico CONASIDA, diciembre de 1998. Quito: Ministerio de Salud Pública; 1998.
12. Ecuador, Ministerio de Bienestar Social. Dirección Nacional de la Mujer. La prostitución en Santo Domingo de los Colorados. Quito: Ministerio de Bienestar Social; 1991.
13. Centro de Salud 'Augusto Egas'. Control de enfermedades de transmisión sexual en Santo Domingo de los Colorados. Santo Domingo de Los Colorados: Departamento de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual; 1998.
14. Laspina I. Calidad de vida y condiciones de la infancia en el Ecuador. Quito: Municipio del Distrito Metropolitano de Quito/UNICEF; 1998.
15. Cruz Romero FA. Información sexual en una zona rural. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 8(2):96-105.
16. Carceres C, et al. Young people and the structure of sexual risks in Lima. AIDS 1997;11(supl 1):S67-S77.
17. Posada L, Soto C, Vélez D. Comportamiento sexual y problemas de salud en adultos jóvenes, Universidad de Antioquia, 1991. Bol Oficina Sanit Panam 1995;119:212-225.
18. Appropriate Health Resources and Technologies Action Group. Lecciones para la vida. Acción en SIDA 1995;25:3.
19. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Necesidades de salud de los adolescentes. Ginebra 1977.
20. Maddaleno Matilde, Enfoque familiar y los problemas de salud del Adolescente. Universidad de Chile. Proyecto Kellog.

21. Díaz M. et al. URL disponible en http://www.comtf.es/pediatria/Congreso_AEP_2000/Ponencias-
22. Instituto Nacional de Educación Sexual, Equipo multidisciplinario: *Metodología y Educación Sexual*. Editor INES. Col.: Educación sexual. Vol. VIII. Sto. Domingo, 1976. p. 14
23. Palacio Ania J.M, Educación para la salud en la Adolescencia: un Paradigma Pedagógico entre profesionales y jóvenes. Bol. Pediatr. 2007; 47 (SUPL. 1): 1-4
24. Romero S., Leonardo (1999). "Elementos de sexualidad y educación sexual", Centro de Asesoría y Consultoría, Barranquilla – Colombia.
25. Romero S., Leonardo (1999) "Elementos de prevención de VIH SIDA", Centro de Asesoría y Consultoría, Barranquilla – Colombia.
26. *Martín L, Reyes Zunilda*, Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud, en Rev Cubana Salud Pública v.29 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2003
27. Romero S., Leonardo (2000) "La Educación sexual como un derecho", Pronunciamento a favor de la Educación Sexual, Centro de Asesoría y Consultoría, Barranquilla – Colombia.
28. Dulanto Gutierrez Enrique, el Adolescente, McGraw-Hill Interamericana, pág. 242.
29. Saucedo GUM, Foncerrada MM. Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño. Rev. Med. MSS 1985: 23: 159-166.
30. Saucedo GIM, Psicología de la vida en familia. Una visión estructural . Rev. Med. IMSS 1991. 29- 61.67
31. ERICKSON E "Adolescencia y crisis". Ed. Flamarion, París 1972 en Dulanto pág. 146.
32. URL disponible en: <http://users.movinet.com.uy/~suredajl/Sexualidad%20y%20adolescencia.htm>.
33. Psicopedagogía. com, en: <http://www.definicion.org/programa-educativo>
34. Ausubel-Novak-Hanesian, Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo, 2° Ed. TRILLAS México (1983).
35. Novak, J - Gowin, B, Aprendiendo a Aprender. Martínez Roca. Barcelona (1988)
36. URL: www.contextoeducativo.com
37. URL: www.aldeaeducativa.com
38. Quiroga, Elsa. El nuevo contexto educativo, la significación en el aprendizaje de la enseñanza.
39. Valenti R., Nivel de conocimiento de educación sexual en estudiantes de nivel medio. VII Congreso de Obstetricia y Ginecología. La Habana, 1998:6).
40. Rodríguez R., VI Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación. I Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual. La Habana, 1994:14-8).
41. Consuegra N., Problemas médicos de los adolescentes. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1986:85-93.
42. Russel-Brown P. El efecto de la educación sexual en adolescente de Sant Kitts Nevis. Bol of Sanit Panam 1992: 112(2); 110-8
43. Abreu García MT. Información y conducta sexual. Rev. Cubana Salud Pública 1993; 19(1):37-42
44. Vertés A. Estudio sobre información recibida en temática sexual en adolescentes del IPUEC. Revista Cubana Higiene Epidemiol 1989;27(4);463-90

45. Gómez L. ,Características personales y educación sexual recibida en adolescentes de la primera relación sexual. Bogotá: Ed. Cartg; 1988:80.
46. Adelskis CF, Alvarez RR, Massó BV, Brook F. Frene. Información sexual en jóvenes de una zona rural. Rev Cubana Med Gen Integr 1992;8(2):96-106.
47. García Imia, Ileana, Avila Galvez, Elena, Lorenzo Gonzalez, Antonio, et al, Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad, en Rev. Cubana Pediatr. v.74 n.4 Ciudad de La Habana Sep-Dic. 2002
48. UNESCO, Por la educación de los jóvenes contra el SIDA. El Correo de la UNESCO 1999;10(586):18-19.
49. Castellanos O, et al, Revista Cubana de Medicina General Integral 2000;16(1);31-8
50. García T, et al, Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos sobre el SIDA en adolescentes, en R ev. Cubana de Medicina General Integral. v.16 n.5 Ciudad de La Habana Sep-Oct. 2000
51. Castell M., et al, Comparación de los conocimientos sobre sexualidad en un grupo de adolescentes y sus padres, en Rev. Cubana de Med. Gen. Integr. 1999;6(1)5-22.

ANEXOS

ANEXO 1

PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SEXUALIDAD PARA L@S ADOLESCENTES MENORES DEL INSTITUTO "EZEQUIEL CARDENAS ESPINOZA". LECTIVO 2006-2007

PLAN DE CLASE 1

DATOS INFORMATIVOS:

PLANTEL: Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza.

Número de Alumnos: 35

Fecha: 3 Abril de 2007

Hora: 11:15 a 12:35

Facilitadora: Dra. María Clementina Gualpa Lema.

Tema: Educación sexual , sexualidad y Anatomía del aparato reproductivo masculino y femenino.

HORA	OBJETIVOS	DESTREZAS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS METODOLOGICAS	RECURSOS	EVALUACION
11:15-11:40	Conocer el concepto de educación sexual y de sexualidad.	Diferenciar el concepto de educación sexual y el de sexualidad.	Definición de Educación sexual y sexualidad	Preguntas generadores: Qué entienden por educación sexual? ¿Qué significa sexualidad? . La facilitadora retoma todo lo dicho por los estudiantes y junto con ellos establecen la definición de educación sexual y sexualidad. La facilitadora pide a cada alumno que en una hoja dibuje a un hombre y señale las partes del aparato genital. Una vez que han terminado se presenta en power point la anatomía del aparato genital masculino. A continuación, igual procedimiento con el aparato genital femenino.	Facilitadora hojas, pizarrón, tizas líquidas, borrador	Defina que es educación sexual y sexualidad.
11:40-12:35	Identificar la partes del aparato reproductivo masculino y femenino	Reconocimiento y diferenciación de la anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino	Anatomía del aparato reproductor masculino y femenino.		Facilitadora hojas, pizarrón, tizas líquidas, borrador computadora infocus, programa en power point.	Indique los órganos genitales masculinos y femeninos.

PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SEXUALIDAD PARA L@S ADOLESCENTES MENORES DEL INSTITUTO "EZEQUIEL CARDENAS ESPINOZA". LECTIVO 2006-2007

PLAN DE CLASE 2

DATOS INFORMATIVOS:

PLANTEL: Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza.

NÚMERO de Alumnos: 35

FECHA: 4 de Abril de 2007

HORA: 11:15 a 12:35

FACILITADORA: Dra. María Clementina Gualpa Lema

TEMA: Caracteres sexuales secundarios Masculinos y Femeninos. Fomento de valores

HORA	OBJETIVOS	DESTREZAS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS METODOLOGICAS	RECURSOS	EVALUACION
11:15-11:40	Identificar los caracteres sexuales secundarios masculinos y femeninos.	Reconocimiento y diferenciación de los caracteres sexuales secundarios masculinos y femeninos.	Caracteres sexuales masculino y femenino.	Preguntas generadores: Qué cambios se presentan en el cuerpo de los adolescentes? Qué cambios se presentan en el cuerpo de las adolescentes? La facilitadora solicita que en una hoja anoten los cambios del adolescente y de la adolescente; luego de escuchar todas la intervenciones, presenta en power point los cambios en el cuerpo de l@s adolescentes.	Facilitadora hojas Pizarrón, tizas líquidas, borrador computadora infocus, programa en power point.	Cuáles son los caracteres sexuales secundarios masculinos? Cuáles son los caracteres sexuales secundarios femeninos?
11:40-12:00	Identificar los cambios de pensamientos, sentimientos y gustos de l@s adolescentes.	Reconocimiento y diferenciación de los pensamientos, sentimientos y gustos de l@s adolescentes	Pensamientos, sentimientos y gustos de l@s adolescentes.	Qué cambios se presentan en los sentimientos, pensamientos y gustos de los adolescentes? Qué cambios se presentan en los sentimientos, pensamientos y gustos de las adolescentes? Los cambios en el cuerpo influyen en los sentimientos, pensamientos y gustos de l@s adolescentes? La facilitadora solicita que en una hoja anoten los cambios del adolescente y de la adolescente; luego solicita que socialice con el resto; luego de	Facilitadora hojas Pizarrón, tizas líquidas, borrador computadora infocus, programa en power point.	Indique los cambios de gustos de l@s adolescentes.

12:00-12:35	Fomentar los valores	Buena interrelación con los del mismo sexo y el sexo opuesto. Respeto a sí mismo y a los demás. Responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad.	Afecto, autocontrol, respeto, solidaridad y responsabilidad,	escuchar todas la intervenciones, presenta en power point los cambios en el pensamiento, sentimiento y gustos de l@s adolescente. Presentación en power point por parte de la facilitadora, conferencia dialogada. Finalmente la facilitadora realiza la pregunta: Cuáles pueden ser las causas de iniciar la vida sexual en la adolescencia?	Facilitadora hojas Pizarrón, tizas líquidas, borrador computadora infocus, programa en power point.	De todos los valores, cuál cree Usted es el más importante.
-------------	----------------------	---	--	--	---	---

**PROGRAMA EDUCATIVO DE SEXUALIDAD PARA L@S ADOLESCENTES
MENORES DEL INSTITUTO "EZEQUIEL CARDENAS ESPINOZA". LECTIVO 2006-
2007**

PLAN DE CLASE 3

DATOS INFORMATIVOS:

PLANTEL: Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza.

Número de Alumnos: 35

Fecha: 5 de Abril de 2007

Hora: 11:15 a 12:35

Facilitadora: Dra. María Clementina Gualpa Lema

Tema: Métodos anticonceptivos. Embarazo, período fértil.

HORA	OBJETIVOS	DESTREZAS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS METODOLOGICAS	RECURSOS	EVALUACION
11:15-11:25	Conocer los métodos anticonceptivos	Conocimiento de los métodos anticonceptivos Relación de conocimiento teórico-práctico y su aplicación a la vida cotidiana.	Métodos anticonceptivos: -Preservativo -píldora -inyectables -DIU -Esterilización masculina y femenina -anticoncepción de emergencia -Norplant -diafragma/espuma/jalea.	Preguntas generadores: Cuáles pueden ser las consecuencias de iniciar la vida sexual en la adolescencia? Conoce formas de evitar el embarazo? ¿Cuáles métodos anticonceptivos conoce? Conferencia magistral sobre métodos anticonceptivos por parte de la facilitadora	Facilitadora Pizarrón, tizas líquidas, borrador	Señale los métodos anticonceptivos más comunes.
11:35-12:00	Conocer los problemas del embarazo en la adolescencia.	Conocimiento de los problemas del embarazo en la adolescencia.	Problemas del embarazo en la adolescencia: Problemas relacionados con la madre. Problemas relacionados con el bebé.	Considera que existen problemas con el embarazo en la adolescencia? Conoce algún caso de amiga o compañera que ha tenido que afrontar esos problemas? Conferencia dialogada por parte de la facilitadora.	Facilitadora Pizarrón, tizas líquidas, borrador	Indique dos problemas del embarazo en la adolescencia.
12:00-12:35	Conocer el período fértil relacionado con el ciclo menstrual.	Conocimiento del período fértil relacionado con el ciclo menstrual Relación de conocimiento teórico-práctico	Período fértil Riesgo de embarazo y ciclo menstrual.	Desde cuándo una mujer puede quedar embarazada? Desde cuando un adolescente puede dejar embarazada a una mujer? En qué parte del ciclo menstrual tiene la mujer la mayor	Facilitadora Pizarrón, tizas líquidas, borrador	En qué parte del ciclo menstrual puede quedar embarazada una adolescente.

		y su aplicación a la vida cotidiana.		probabilidad de quedar embarazada? Puede una adolescente quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales? Conferencia dialogada por parte de la facilitadora para aclarar las interrogantes.		
--	--	--------------------------------------	--	---	--	--

**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SEXUALIDAD PARA L@S ADOLESCENTES MENORES
DEL INSTITUTO "EZEQUIEL CARDENAS ESPINOZA". LECTIVO 2006-2007**

PLAN DE CLASE 4

DATOS INFORMATIVOS:

PLANTEL: Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza.

Número de Alumnos: 35

Fecha: 6 Abril de 2007

Hora: 11:15 a 12:35

Facilitadora: Dra. María Clementina Gualpa Lema.

Tema: VIH/SIDA E INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

HORA	OBJETIVOS	DESTREZAS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS METODOLOGICAS	RECURSOS	EVALUACION
11:15- 11:40	Conocer aspectos generales del VIH/SIDA	Conocimiento de aspectos generales del SIDA. Relación de conocimiento teórico-práctico y su aplicación a la vida cotidiana.	SIDA: concepto, modos de transmisión, personas en riesgo de contraer la enfermedad. Prevención.	Preguntas generadoras: Han escuchado hablar sobre el SIDA? Qué es el SIDA? Una persona aparentemente en buen estado de salud puede tener SIDA? Conoce las formas de contagio? Cómo se puede evitar contagiarse con el SIDA?. La facilitadora presenta el SIDA en power point, dando apertura para las interrogantes que se planteen, a fin de aclarar toda inquietud de parte de los alumnos.	Facilitadora hojas Pizarrón, tizas líquidas, borrador computadora infocus, programa en power point	Indique las formas de contagio del SIDA.
11:40- 12:35	Conocer aspectos generales de las ITS.	Conocimiento de aspectos generales de las ITS. Relación de conocimiento teórico-práctico y su aplicación a la vida cotidiana	ITS: concepto, modos de transmisión, cuáles son las infecciones de transmisión sexual, personas en riesgo de contraer la enfermedad. Prevención.	Han escuchado hablar sobre las ITS? Qué es una ITS? Qué ITS conoce? Conoce las formas de contagio? Mediante power point la facilitadora presenta las ITS, dando apertura para las interrogantes que se planteen, a fin de aclarar toda inquietud de parte de los alumnos.	Facilitadora hojas Pizarrón, tizas líquidas, borrador computadora infocus, programa en power point	Enumere las ITS e indique sus formas de contagio.

**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SEXUALIDAD PARA L@S ADOLESCENTES MENORES
DEL INSTITUTO "EZEQUIEL CARDENAS ESPINOZA". LECTIVO 2006-2007**

PLAN DE CLASE 5

DATOS INFORMATIVOS:

PLANTEL: Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza.

Número de Alumnos: 35

Fecha: 10 Abril de 2007

Hora: 11:15 a 12:35

Facilitadora: Dra. María Clementina Gualpa Lema.

Tema: Afectividad y Amor. Influencia del entorno social.

HORA	OBJETIVOS	DESTREZAS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS METODOLOGICAS	RECURSOS	EVALUACION
11:15- 11:45	Conocer lo que es la afectividad y el amor.	Conocimiento de la afectividad y el amor	Educación para la afectividad. Educación para el amor.	Preguntas generadoras: Qué entienden por afectividad?. Qué entienden por amor?. La facilitadora retoma todas las opiniones y los sintetiza en un papelógrafo. Mediante una conferencia dialogada expone lo que es la educación para el amor.	Facilitadora Pizarrón, tiza líquida, Papelógrafos	Defina lo que es afectividad y amor.
11:45- 12:35	Reflexionar sobre la influencia del entorno social.	Conocimiento de la influencia del entorno social en la adolescencia.	Influencia del entorno social en la adolescencia.	Preguntas generadoras: Cómo influye el entorno social en la afectividad y el amor en la adolescencia?. Mediante presentación de power point, la facilitadora expone la influencia del entorno social en el amor y la afectividad.	Facilitadora Computador, Infocus	Mencione 3 factores del entorno social que influyen sobre la afectividad y el amor.

ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MAESTRIA EN INVESTIGACIÓN DE LA SALUD

CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA

Señor padre/madre de familia o representante:

Por medio del presente acudimos a usted para exponer lo siguiente:

Como estudiantes de la maestría pretendemos realizar un estudio en los alumnos menores de 14 años del Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza.

El trabajo se ha dividido en dos partes:

La primera consiste en aplicar una encuesta para determinar el nivel de conocimientos de los/las adolescentes sobre sexualidad, Infecciones de Transmisión sexual y SIDA. La información que nos de, son confidenciales. En la mayoría de las preguntas tiene que responder con una X dentro del casillero que corresponda a su respuesta.

La segunda parte consiste en dar clases sobre temas relacionados con la sexualidad por parte de los profesionales de salud, en los días y horas que establezcan las autoridades del plantel, debiendo indicar que se cuenta con el permiso correspondiente del rector del Instituto Ezequiel Cárdenas Espinoza.

Esta investigación no representa riesgo para la salud física ni mental, ni tiene costo alguno. La participación es voluntaria y podrá retirarse de este estudio si así lo creyere conveniente.

Por medio de la presente acepto que mi hij@ participe en el presente estudio.

Nombre y firma del padre/madre o representante Nombre y firma del/la adolescente.

Nombre y firma del investigador

ANEXO 3
UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA EN INVESTIGACIÓN DE LA SALUD

CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS/LAS ADOLESCENTES

OBJETIVO:

Determinar el nivel de conocimientos de los/las adolescentes sobre sexualidad, Infecciones de Transmisión sexual y SIDA.

INSTRUCCIONES:

Lea con detenimiento las preguntas para que nos proporciones las respuestas.

La información que nos de, son confidenciales.

En la mayoría de las preguntas tiene que responder con una X dentro del casillero que corresponda a su respuesta.

Primera encuesta

Segunda encuesta

Seccion I

Número	Preguntas	Categorías de codificación
P.1	A qué sexo pertenece?	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
P.2	¿En que mes y año nació?	Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P.3	¿Cuántos años tiene?	Edad en años cumplidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P.4	En que curso o grado está?	Octavo <input type="checkbox"/> Noveno <input type="checkbox"/> Décimo <input type="checkbox"/>
P.5	Con quienes vive? Señale varias opciones según sea el caso	Papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tíos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
P.6	Tiene en el exterior a su:	Papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá y Mamá <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>
P.7	En qué trabaja su papá	-----
P.8	En qué trabaja su mamá	-----
P.9	Que nivel de instrucción tiene su mamá	Primaria. Num. de años <input type="checkbox"/> Secundaria. Num. de años <input type="checkbox"/> Superior: Num. de años <input type="checkbox"/>
P.10	Cuántas horas pasa su mamá en casa?	Todo el día <input type="checkbox"/> 5 horas o más <input type="checkbox"/> Menos de 5 horas <input type="checkbox"/>
P.11	Cuántas horas pasa su papá en casa?	Todo el día <input type="checkbox"/> 5 horas o más <input type="checkbox"/> Menos de 5 horas <input type="checkbox"/>

SECCION II
CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION

P.12	Desde que edad una adolescente puede quedar embarazada?	1. Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> años 2. desde que inicia la primera menstruación. 3. No se/ no recuerdo <input type="checkbox"/>																																				
P.13	Desde que edad un adolescente puede dejar embarazada a una mujer?	1. Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> años 2. después de la pubertad <input type="checkbox"/> 3. No se/no recuerdo <input type="checkbox"/>																																				
P.14	En que parte del ciclo menstrual tiene la mujer la mayor probabilidad de quedar embarazada?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Si</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Durante el periodo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. En la mitad del ciclo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Inmediatamente después de terminar el periodo.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Justo antes de que comience el periodo.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. No se /</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	1. Durante el periodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. En la mitad del ciclo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Inmediatamente después de terminar el periodo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Justo antes de que comience el periodo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. No se /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	Si	No																																				
1. Durante el periodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
2. En la mitad del ciclo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
3. Inmediatamente después de terminar el periodo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
4. Justo antes de que comience el periodo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
5. No se /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
P.15	Puede una adolescente quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales?	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sé/ no recuerdo <input type="checkbox"/>																																				
P.16	Conoce alguna forma de evitar el embarazo?	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>																																				
P.17	Señale las formas que ha escuchado usted, sirven para evitar el embarazo. Señale varias opciones, según sea el caso.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">1. Si</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">2. No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Píldora</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DIU</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Inyectable/Deproprovera</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Preservativo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Norplant</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diafragma/espuma /jalea.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hierbas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Esterilización masculina</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Esterilización femenina</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anticoncepción de emergencia</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Planificación familiar natural</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		1. Si	2. No	Píldora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inyectable/Deproprovera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Norplant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diafragma/espuma /jalea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hierbas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esterilización masculina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esterilización femenina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anticoncepción de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Planificación familiar natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1. Si	2. No																																				
Píldora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Inyectable/Deproprovera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Norplant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Diafragma/espuma /jalea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Hierbas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Esterilización masculina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Esterilización femenina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Anticoncepción de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Planificación familiar natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
	Existe alguna razón por la que se	1. Si <input type="checkbox"/>																																				

P.18	deba evitar el embarazo en la adolescencia	2. No <input type="checkbox"/>		
		3. No se <input type="checkbox"/>		
P.19	Cuales considera, son las principales razones.		Si	No
		La madre puede morir	1	2
		El bebe puede no ser saludable	1	2
		Los hijos cuestan dinero	1	2
		El padre puede ser rechazado por la familia	1	2
		La madre puede ser rechazada por la familia	1	2
		La madre ya no puede estudiar	1	2
		La madre no puede cuidar al niño	1	2
		La madre y padre juntos no pueden cuidar al niño	1	2
		Otro-----		98

SECCION III
Conocimientos sobre VIH/SIDA E ITS

P.20	Ha escuchado hablar de la enfermedad llamada SIDA	1. Si <input type="checkbox"/>		
		2. No <input type="checkbox"/>		
P. 21	Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	1. Si <input type="checkbox"/>		
		2. No <input type="checkbox"/>		
		3. No se <input type="checkbox"/>		
P.22	Una persona se puede contagiar con el VIH la primera vez que tiene relaciones sexuales	1. Si <input type="checkbox"/>		
		2. No <input type="checkbox"/>		
		3. No se <input type="checkbox"/>		
P.23	Una mujer con el VIH puede dar a luz a un bebé con VIH?.	1. Si <input type="checkbox"/>		
		2. No <input type="checkbox"/>		
		3. No se <input type="checkbox"/>		
		1. Si <input type="checkbox"/>		

P.24	El SIDA es curable?	2. No <input type="checkbox"/> 3. No se <input type="checkbox"/>
P.25	Conoce las formas más comunes de contagio del VIH.	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
P.26	Las formas de contagio son: Señale varias opciones según sea el caso.	1. relaciones sexuales <input type="checkbox"/> 2. agujas contaminadas <input type="checkbox"/> 3. contacto con sangre contaminada <input type="checkbox"/>
P. 27	Ha escuchado hablar sobre infecciones de transmisión sexual?	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
P. 28	Señale las infecciones que conoce, se transmiten a través de las relaciones sexuales. Señale varias opciones según sea el caso.	1. Gonorrea <input type="checkbox"/> 2. Sífilis <input type="checkbox"/> 3. Herpes genitales <input type="checkbox"/> 4. candidiasis <input type="checkbox"/> 5. Tricomoniasis <input type="checkbox"/> 6. Hepatitis B <input type="checkbox"/> 7. SIDA <input type="checkbox"/>
P.29	Señale las formas de contagio de las infecciones de transmisión sexual. Señale varias opciones según sea el caso	1. Relaciones sexuales <input type="checkbox"/> 2. transfusiones sanguíneas <input type="checkbox"/> 3. Madre – feto <input type="checkbox"/>

SECCION IV

P.30	Ha recibido educación sexual?	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
P.31	Si recibió, en donde fue?	1. En la escuela <input type="checkbox"/> 2. En el colegio <input type="checkbox"/> 3. Otros. <input type="checkbox"/>
P.32	Ha hablado sobre aspectos de la sexualidad con sus padres?.	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
P.33	En caso de ser afirmativa la respuesta anterior, con quién ha hablado sobre el tema?.	1. Padre <input type="checkbox"/> 2. Madre <input type="checkbox"/> 3. Padre y Madre <input type="checkbox"/>