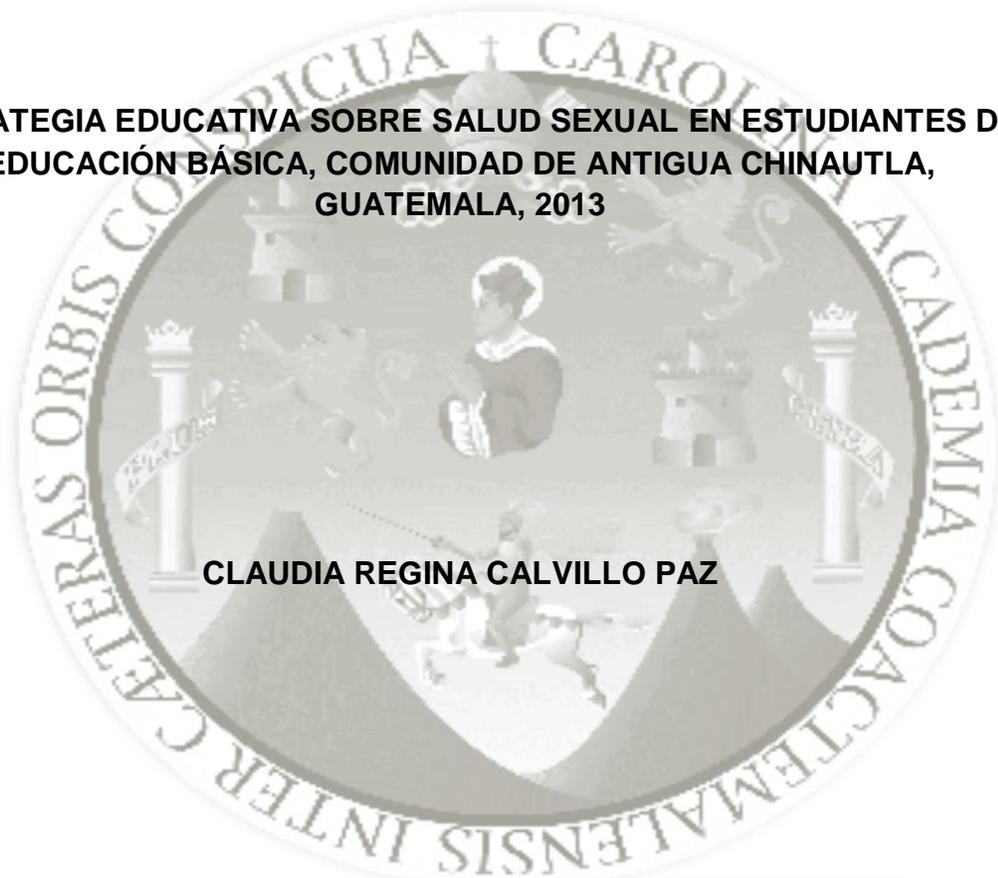


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE SALUD SEXUAL EN ESTUDIANTES DE
EDUCACIÓN BÁSICA, COMUNIDAD DE ANTIGUA CHINAUTLA,
GUATEMALA, 2013**

CLAUDIA REGINA CALVILLO PAZ



Tesis
presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Doctorado en Salud Pública

Guatemala, junio 2015

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**Instituto Nacional de Educación Básica Santa Cruz Chinautla, municipio
de Chinautla, departamento de Guatemala**

**ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE SALUD SEXUAL EN ESTUDIANTES DE
EDUCACIÓN BÁSICA, COMUNIDAD DE ANTIGUA CHINAUTLA,
GUATEMALA, 2013**

CLAUDIA REGINA CALVILLO PAZ

Tutora

DRA. C. AIDA RODRÍGUEZ CABRERA

**Tesis
presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Doctorado en Salud Pública**

Guatemala, junio 2015

ORDEN DE IMPRESIÓN DE TESIS DOCTORAL

Nombre del Doctorando: Claudia Regina Calvillo Paz

No. de Carné: 10015400

Título de la Tesis: Estrategia educativa sobre salud sexual en estudiantes del Instituto de educación básica de Antigua Chinautla, 2013.

Nombre de la Tutora: Dra. C. Aida Rodríguez Cabrera

Nombre del Revisor y Oponente: Dra. C. Irene T. Perdomo Victoria

El Director de la Escuela de Estudios de post grado, considerando que ante mí se presentan los siguientes documentos: el acta de Examen de Defensa de Tesis donde consta que la sustentante ha sido Aprobada al defender su tesis antes titulada y el dictamen de la Coordinación Académica donde se indica que se ha cumplido con los requisitos necesarios para impresión de tesis, como exige el programa de doctorado en Salud Pública.

Por tanto, se **autoriza** la impresión del documento final, con las características que se establecen en los lineamientos para la presentación de la tesis de Doctorado en Salud Pública.

Guatemala, 2 de junio de 2015.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes
Director
Escuela de estudios de postgrado



DICTAMEN DEL COORDINADOR ACADÉMICO DEL DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

Nombre del Doctorando: Claudia Regina Calvillo Paz

No. de Carné: 10015400

Título de la Tesis: Estrategia educativa sobre salud sexual en estudiantes del Instituto de educación básica de antigua Chinautla, 2013.

La coordinadora académica del doctorado en Salud Pública, en base al acta de defensa de tesis donde consta la aprobación del examen de defensa por el tribunal examinador, la entrega de la publicación de dos artículos derivados de la tesis doctoral en su calidad de autor, documentación que respalda la calidad de la tesis y satisfacción de las recomendaciones finales, manifiesta que se ha cumplido con los requisitos necesarios para autorizar la impresión de la tesis doctoral.

Guatemala, 2 de junio de 2015

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dra. C. Irene T. Perdomo Victoria
Coordinadora Académica del Doctorado en Salud Pública
Profesora Afiliada a la Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas



C.c. Dr. Carlos Vargas, Director de la escuela de estudios de postgrado, Archivo

ACTA DE EXAMEN DE DEFENSA DE TESIS
Doctorado en Salud Pública

ACTA No. 3

En la ciudad de Guatemala, siendo las 2.15 horas del día diecisiete del mes de mayo del año dos mil quince, reunidos en sede de la Facultad de Ciencias Médicas para practicar examen de Defensa de Tesis del Doctorado en Salud Pública de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, los abajo firmantes, todos miembros del tribunal examinador, nombrados para realizar el ejercicio académico en mención previa.

Se declara haber realizado examen a Claudia Regina Calvillo Paz con número de carné 100015400, quien defendió la tesis titulada Estrategia educativa sobre salud sexual en estudiantes del Instituto de Educación Básica, comunidad de Antigua Chiantla, Guatemala, 2013 cuyo tutor es Dr. Aida Rodríguez Cabrera.

El tribunal habiendo previamente valorado la tesis presentada, expuso sus críticas e interrogantes al doctorando, se otorgó la palabra al público presente y considerando las proposiciones expuestas por el Candidato a Doctor, tanto en su documento escrito como verbalmente, se le otorga la calificación de NO apto () aprobado () aprobado notable (X) aprobado sobresaliente (), por votación de la mayoría () unánime (X) de los miembros examinadores.

Acto seguido, el Presidente del tribunal examinador pronunció las palabras de cierre e indicó las recomendaciones necesarias para el documento escrito final.

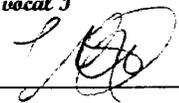
El sustentante queda enterado que en término no mayor de ocho (8) días hábiles se le notificará por escrito sobre el resultado y recomendaciones pertinentes para que se pueda proceder al acto de graduación.

En fe de lo cual, se firma la presente ACTA, en el mismo lugar y fecha al inicio indicados, siendo las horas.

"D Y ENSEÑAD A TODOS"

f. Dr. Geraldine Grajeda Bradna 
Nombre y firma del presidente

f. Don Juan Robinson Victoria Rosales f. Dr. Ana María Galvez González 
Nombre y firma del vocal I Nombre y firma del secretario

f.  Sr. Carlos Vargas Neza
Nombre y firma del Director de la Escuela de Estudios de Postgrado

Guatemala, 8 de mayo de 2015

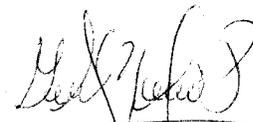
Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes
Director de la Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado doctor Vargas Reyes:

Tengo el agrado de informarle que realicé la revisión y corrección de texto de la tesis titulada: **Estrategia educativa sobre salud sexual en estudiantes de educación básica, comunidad de Antigua Chiantla, Guatemala, 2013**, de la estudiante de la Escuela de Estudios de Postgrado **Claudia Regina Calvillo Paz**.

Por lo tanto, extiendo la presente constancia para los usos que la interesada requiera.

Atentamente,



~~Geldi Aracely Muñoz Palala~~
Licda. en Ciencias de la Comunicación

Geldi Aracely Muñoz Palala
LICDA. EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
COLEGIADO 14873

CC: Dr. Mario Rodolfo Salazar, coordinador administrativo de Doctorado en Salud Pública
Dra. Irene Perdomo, coordinadora académica del Doctorado en Salud Pública

La Habana, 19 de enero del 2015

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes
Director Escuela de Postgrado
Universidad de San Carlos (USAC)
Guatemala

Estimado Dr.

Por este medio informo como tutora de la aspirante Claudia Calvillo Paz, del Doctorado en Salud Pública, que revisé el documento de tesis con las recomendaciones efectuadas en el acto de predefensa y considero que las mismas han sido tomadas en consideración de forma adecuada por la doctorante para el perfeccionamiento del documento, el cual puede ser presentado al acto de defensa.

Además el documento está bien redactado y tiene buena ortografía. Cuenta con un adecuado sustento teórico, el diseño metodológico, los resultados, conclusiones, recomendaciones, aportes y novedad científica de la investigación, todo lo cual cuenta con el rigor científico necesario para realizar el ejercicio de defensa.

Por todo lo expuesto reitero mi solicitud de que sea programada su defensa.


Dra. Aida Rodríguez Cabrera
Tutora
Dra. Ciencias, Profesora Titular y Profesora Consultante
Escuela Nacional de Salud Pública
Cuba



Agradecimientos

A Dios, de quien he recibido el tesoro de la vida, quien me inspira, me da fuerza y fortaleza para culminar mi tesis, gracias por todas sus bendiciones.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala, por ser un lugar que contribuye a forjar conocimientos, que son necesarios para el desarrollo y la toma de decisiones en la salud pública de nuestro país.

A la Escuela de Salud Pública de Cuba y su equipo docente, por aportar conocimientos que me llevan por el sendero que guiará mi vida profesional.

A mi tutora, Aida Rodríguez Cabrera, por forjar en mí los conocimientos, de quien he recibido grandes consejos y quien me proporcionó todo el apoyo, la tolerancia y la paciencia para llegar al final.

A mis compañeros y amigos del doctorado, por su apoyo fraterno en todo momento.

Al Instituto Nacional de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla, en especial al director José María González Peneleu y a la secretaria Vilma Lizeth Escalante, por su apoyo y buena disposición en beneficio de los estudiantes que tienen a su cargo. También al claustro de maestros por su colaboración durante el proceso de investigación.

Dedicatoria

Dedico esta tesis a:

Dios que me inspira con amor.

A mis hijas Michelle y Montserrat, quienes me apoyan con su energía de adolescentes radiantes.

A mi esposo, por su afecto, apoyo y motivación constante, para poder con todos ellos equilibrar la balanza personal y profesional.

A mis padres, hermanas y hermano con cariño.

A mi tutora, Aida Rodríguez Cabrera, quien a lo largo de este tiempo me mostró ejemplo profesional, moral, confianza y quien me motivó con gran experiencia día a día para lograr el éxito de mi doctorado. A mis maestras de la Escuela de Salud Pública de Cuba y a los adolescentes de Antigua Chinautla, quienes merecen una educación integral y el derecho a una vida digna y próspera.

Contenido

Introducción	1
Capítulo I.....	14
Referentes teóricos y conceptuales sobre la promoción y educación para la salud sexual del adolescente.....	14
1.1 La promoción y educación para la salud como vía para mejorar la salud sexual del adolescente	14
1.2 Las estrategias de promoción y educación para la salud sexual Modelos para su diseño	22
1.2.1 Modelo Precede-Procede.....	22
1.2.2 Modelo de desarrollo de bienes o valores positivos	29
1.2.3 Modelo ecológico.....	30
1.2.4 El modelo creencias en salud.....	31
1.2.5 El modelo transteórico del cambio de comportamiento en salud....	32
1.3 Teorías del aprendizaje que fortalecen los modelos de promoción y educación en salud.....	33
1.3.1 La teoría sociocultural del aprendizaje humano de Vygotsky (1924)	33
1.3.2 La teoría constructivista del aprendizaje de Jean Piaget.....	34
1.3.3 La teoría del aprendizaje significativo (David Ausubel)	34
1.3.4 La teoría del interaccionismo simbólico o sociología cognoscitiva .	34
1.4 Una mirada a la salud sexual de los adolescentes en algunos países.....	37
1.5 Panorama sobre las necesidades de educación en salud sexual para adolescentes.....	42
1.6 Situación actual de la salud sexual del adolescente en Guatemala	46
1.6.3 Conclusiones del capítulo.....	49
Capítulo II.....	52
Bases legales que apoyan el derecho a la salud sexual del adolescente en Guatemala.....	52
2.1 Bases legales para la promoción y educación en la salud sexual en el ámbito internacional y en Guatemala	53
Capítulo III.....	64

Diseño metodológico de la investigación.....	64
3.1 Contexto	64
3.2 Tipo de investigación	64
3.3 Universo y muestra.....	67
3.3.1 Muestra para el grupo de estudio del Instituto Nacional de Educación Básica Santa Cruz Chinautla	67
3.3.2 Selección de muestra para el Instituto Nacional de Educación Básica de Santa Cruz de Chinautla.....	68
3.3.3 Unidades de análisis.....	69
3.3.4 Muestra para el grupo control Instituto Nacional de Educación Básica de San Antonio las Flores.....	69
3.4 Operacionalización de variables	70
3.5 Técnicas y procedimientos	79
De obtención de la información.....	79
3.5.1 Primera etapa	80
3.5.2 Elaboración de la estrategia (fase 4 del Modelo Precede-Procede)..	86
3.5.3 Segunda etapa: aplicación de la estrategia (fase 5 del modelo Precede–Procede).....	88
3.5.4 Evaluación de la estrategia.....	88
3.5.5 Del procesamiento y análisis de la información	89
3.6 Aspectos éticos	91
3.7 Conclusiones del capítulo.....	92
Capítulo IV	95
Presentación de resultados primera parte Diagnóstico (fase 3 del modelo, Precede-Procede).....	95
Resultados del diagnóstico (valoración) social, epidemiológico, de conocimientos, percepciones y comportamientos en salud sexual de los estudiantes	96
4.1 Diagnóstico social de la comunidad	96
Principales problemas de salud en la comunidad	99
4.2 Conocimientos, percepciones y comportamientos sobre salud sexual en los estudiantes	100
4.2.1 Características sociodemográficas de los estudiantes	100
4.2.2 Conocimientos sobre salud sexual en los estudiantes	104

4.2.3	Percepciones y comportamientos de los estudiantes sobre su salud sexual	111
4.2.4	Tipo de educación al que han tenido acceso para aprender sobre salud sexual.....	122
4.3	Resultados de las técnicas cualitativas para el diagnóstico	125
4.3.1	Resultados de la técnica de Grupo Nominal	125
4.3.2	Resultados de la discusión grupal con madres y estudiantes ..	131
4.3.3	Triangulación de resultados	132
4.3.4	Discusión de resultados	136
4.4	Conclusiones del capítulo.....	142
Capítulo V	145
Diseño de la estrategia educativa para estudiantes de la comunidad	145
Diseño de la estrategia	146
5.1	Objetivos de la estrategia	146
5.2	Aplicación del modelo Procede-Procede.....	147
5.3	La estrategia educativa (plan educativo general)	151
5.4	Evaluación de proceso	160
5.5	Conclusiones de capítulo.....	161
Capítulo VI	163
Presentación, análisis y discusión de los resultados de evaluación pos intervención.....		163
Resultados de la caracterización de población del instituto estudio y del instituto control.....		163
6.1	Evaluación de conocimientos.....	168
6.2	Presentación de cambios en percepciones y comportamientos	177
6.3	Discusión de resultados	182
6.4	Conclusiones del capítulo.....	187
Conclusiones.....		189
Recomendaciones		192
Referencias.....		194
ANEXOS		212

Resumen

Los problemas de salud sexual reproductiva en los adolescentes de Guatemala están vinculados a las condiciones sociales en que viven. Esto exige un abordaje desde la promoción y educación que permita mejorar comportamientos en su salud sexual.

Objetivo: desarrollar una estrategia educativa sobre salud sexual con los estudiantes del Instituto Nacional de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla, Guatemala, durante el ciclo escolar 2013. **Método:** es una investigación de desarrollo tecnológico. Se diseñó una estrategia basada en el modelo Precede-Procede, que consistió en dos etapas fundamentales. Una descriptiva transversal para el diagnóstico social, epidemiológico y educativo, con técnicas cuantitativas y cualitativas; la segunda correspondió al diseño de la estrategia, su implementación y evaluación con un grupo control.

Resultados: el diagnóstico mostró que los adolescentes tenían insuficiencias en sus conocimientos sobre salud sexual y tuvieron comportamientos inadecuados, todo esto enmarcado en un escenario de pobreza, insuficiencias en educación, vivienda no apropiada, desnutrición e influenciados por sus tradiciones culturales, entre otras.

Al aplicar la estrategia y evaluarla, los conocimientos mejoraron de forma significativa, en la mayoría de los temas evaluados, en las prácticas y percepciones se mantuvieron las mismas respuestas; hubo variación en dos, con significancia estadística como factor protector; en el grupo control los conocimientos, prácticas y percepciones continuaron igual o peor.

Conclusiones: la estrategia educativa diseñada es eficaz y constituye una alternativa viable para ser replicada en contextos similares, siempre y cuando se tome en cuenta las particularidades socioculturales de cada etnia. Se evidenció que la participación de los diferentes actores locales facilita la construcción de procesos estratégicos que permiten obtener cambios a corto plazo, en los conocimientos sobre salud sexual.

Introducción

La educación sexual es un componente importante para la vida y se ha tratado en diferentes eventos y latitudes, lo cual demuestra la preocupación de instituciones y gobiernos para lograr una salud sexual y reproductiva segura, que aporte calidad de vida. La reunión efectuada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1975, sentó las bases para mejorar la capacitación de los profesionales de salud y prepararlos para ofrecer educación, consejería y terapia sexuales. Las conclusiones de este evento sirvieron de estímulo para avanzar en el campo de la sexología y en los centros de recursos relativos a la sexualidad en el mundo entero (1) (2) (3).

Posteriormente en la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo celebrada en 1994 en el Cairo, Egipto, definieron que “la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico mental, social y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos vinculados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos; se refiere a asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos, con la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia lo hace” (2). En este trabajo se investiga sobre la salud sexual, y la definición que se asume es el proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la salud reproductiva, es decir, se acoge a la definición de El Cairo expuesta.

Cabe añadir que la autora de este trabajo considera que la salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales de los individuos, que propician un bienestar armonioso personal y social, que enriquecen de esta manera la vida individual y social de las personas. Añade que para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen, lo cual propicia una vida sexual más segura.

De acuerdo con la Real Academia Española, la sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo, apetito sexual y propensión al placer carnal, se puede distinguir que es innato el disfrute de forma natural en todo ser humano, y que está enlazada a través de la historia en las diferentes épocas de acuerdo con la evolución de los pueblos (4). Según la OMS, la sexualidad constituye un aspecto primordial y esencial del ser humano, presente desde la concepción hasta la muerte. Sexualidad no es igual a sexo. De hecho, la sexualidad es multidimensional, abarca las relaciones sexuales, el erotismo, el sexo biológico, la identidad de género, el rol de género asumido, orientación sexual, y la reproducción (5). La sexualidad humana se expresa a través de creencias, deseos, fantasías, actitudes, valores, comportamientos, roles y relaciones interpersonales. Si bien la sexualidad incluye estos aspectos, no siempre se vivencia o expresan todo en el tiempo y de la misma forma (6). La sexualidad humana al igual que la salud reproductiva es un proceso de bienestar físico, mental y social, en consecuencia, entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (7).

Por su parte, la educación de la sexualidad es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto, se inicia desde el nacimiento dentro del grupo familiar y transcurre durante toda la vida en los sucesivos vínculos que establecen las personas al interactuar con diferentes grupos. Hoy se aprecian importantes cambios de conductas, actitudes y valores en lo referente a la actividad sexual de los jóvenes y adolescentes de distintos sexos (8).

Estos cambios se reflejan en cada generación que inicia esta etapa de crecimiento y desarrollo, por lo cual es un tema constante en la línea de la vida humana que compete a la salud pública, en diferentes niveles y ámbitos de atención, ya sea a nivel individual, familiar, comunitario y organizacional es decir, donde ellos se encuentren relacionados de una forma u otra.

La autora desea puntualizar respecto a las diferencias en los conceptos planteados, describe que se debe destacar que están interrelacionados y parten del concepto general de salud reproductiva. Sexualidad es el concepto más general, por su carácter integral y multidimensional. Por su parte, la salud sexual se refiere a brindar herramientas y crear habilidades para que se logre una sexualidad plena, con bienestar, donde las prácticas que se realicen no sean de riesgo. Y la educación sexual es una vía que se utiliza para alcanzar la salud sexual, mediante acciones que incrementan los conocimientos y se adquieran habilidades para tener mejores prácticas y actitudes respecto a la sexualidad.

En la actualidad, la promoción y educación para la salud proponen una estrategia integral, plena y potenciadora para lograr poblaciones más saludables, a partir de programas concretos dirigidos a las transformaciones de las condiciones y estilos de vida y del entorno ambiental, que propicien la salud y faciliten la elección de opciones de vida individual satisfactoria, por tanto se constituye en un componente esencial de la salud pública (9). La autora coincide con el criterio de que ambas son una combinación de apoyos comunicativos, educativos y ambientales que favorecen las conductas o acciones y que contribuyen a mejorar la salud sexual de los adolescentes en forma sustancial, lo cual se manifiesta en más conocimientos y en la reducción de los comportamientos de riesgos en su conducta sexual.

De acuerdo con el informe de Naciones Unidas y las proyecciones oficiales, se calcula que la población mundial es de 7.2 mil millones de personas (10) y el número de adolescentes de 1200 millones. En 2013 estos últimos representaban un 18 % del total de la población mundial (11) (12). Este crecimiento se da en las condiciones de alta urbanización y globalización, lo que trae consigo problemas propios del área donde viven y que se generalizan en diversos contextos, tales como ausencia o deserción en la educación, explotación laboral, infracciones en la ley penal, embarazos no deseados,

infecciones de transmisión sexual como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), entre otros (13) (14) (15).

Guatemala cuenta con una población de 15.4 millones de personas, de los cuales los adolescente de 10 a 17 años representan el 19.9 % del total (16). Estos ocupan un importante espacio en la estructura por edades de la población.

A pesar del proceso de envejecimiento demográfico iniciado en Latinoamérica, el país es uno de los más jóvenes, dado el nivel existente en la fecundidad y la esperanza de vida de los guatemaltecos, esta última una de la más baja respecto a otras naciones de la región. En América Latina hay importantes diferencias respecto al grado de envejecimiento entre países, en el caso particular de Guatemala tiene un porcentaje de población en la tercera edad de 6.4 %, el cual resulta bajo al compararlo con países como Cuba, Argentina, Uruguay, entre otros (17). Esta particularidad demográfica del país requiere que se le brinde especial atención a la salud de los más jóvenes, por ser uno de los países de la región centroamericana que posee el mayor porcentaje de población en edad productiva, de acuerdo con las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade) (13).

Respecto a la salud sexual de los adolescentes en Guatemala hay muchos problemas que se reflejan en indicadores, como el número importante de embarazos precoces, altas tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS), mortalidad materna elevada, por citar algunos. En los resultados de la V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de Guatemala del 2008-2009 se reflejan las particularidades sobre la actividad sexual de los adolescentes. Por ejemplo, se muestra que el porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años fue 28.7 % y 28.9 %, respectivamente, comportamiento muy similar en ambos sexos. También se evidenció que la edad media de la primera relación sexual

es a los 17 y 18 años para mujeres y hombres, respectivamente, la cual varía de acuerdo con el nivel educativo, región, zona de residencia o la etnia maya a la que pertenezcan. Existe una tendencia a bajar la edad de iniciación sexual en los niveles de escolaridad menores, pues la edad mediana de la primera relación sexual entre mujeres que tienen estudios superiores es de 6.6 años mayor que aquellas sin ningún nivel de escolaridad, lo cual habla sobre la necesidad de fortalecer la educación y promoción de la salud sexual en aquellos grupos más vulnerables donde las conductas de riesgos son mayores. También en el informe se reflejan problemas relativos al uso del preservativo en la última relación sexual y al número de parejas tenidas en los últimos doce meses, todo lo cual es indicativo de conductas de riesgo en las relaciones sexuales (18).

Un aspecto relevante es el poco conocimiento y disposición al uso de métodos anticonceptivos, que se ve reflejado en el informe publicado por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), el cual describe que Guatemala tenía una tasa alta de fecundidad en adolescentes en 2010, 114 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad. La mitad de las mujeres jóvenes inicia una unión formal o consensual antes de cumplir los 20 años. También añade que tres cuartas partes de las que no tienen educación, comparado con una cuarta parte de las que tienen educación primaria o superior, se unen antes de los 20 años. Otro aspecto de interés y que habla de las conductas de riesgos en la actividad sexual de los adolescentes es que el 44 % de las mujeres de 20 a 24 años son madres antes de los 20, la proporción más alta está en las mujeres jóvenes sin educación (68 %) y en las indígenas (54 %). La gran mayoría de las mujeres unidas de 15 a 19 años no desea tener un hijo en los dos años siguientes, sin embargo solo el 18 % usa un método anticonceptivo efectivo (19).

De acuerdo con las cifras del Observatorio en Salud Pública (OSAR), solo en los primeros seis meses de 2012 se reportaron 22 067 partos en menores.

Dentro de ellas hay 118 niñas de 10 a 12 años y 1330 de 13 a 14 años. Es decir, en este período, se han cometido delitos, tipificados como sexuales en 1448 casos de menores embarazadas (20).

Hay evidencias que a menor educación existe un número mayor de acciones que conllevan a irresponsabilidad y riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, embarazos o deserción escolar.

Debido a que el sistema de salud está segmentado sin acceso a la información que permita una mejor ilustración de los hechos que suceden, los únicos registros que se tienen son para el control de las infecciones de transmisión sexual (ITS), a partir del primer caso de sida que se detectó en Guatemala en 1984. Se cuenta con evidencia desde dicho año hasta noviembre de 2009 (21).

Otro informe, del cual puede evidenciarse la necesidad de incrementar las acciones de promoción y educación sexual en Guatemala, es del Centro Nacional de Epidemiología de Guatemala, que en 2010 reportó 20 488 casos de VIH¹, dos tercios de los cuales son hombres (22). Esto refleja cómo se encuentra la situación de la morbilidad por ITS en el país (23).

La autora coincide con el criterio de que en este contexto la promoción de la salud sexual adquiere gran relevancia, pues constituye un proceso de base social que abarca las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, y las encaminadas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Esto llevado al plano de la educación de los adolescentes, particularmente en las zonas rurales indígenas, permite contribuir en gran medida a mejorar sus conductas de riesgo relativas a la actividad sexual (24).

¹Orientaciones terminológicas de Onusida, se usa solamente VIH para personas, prevalencias y pruebas entre otros. Es un término más exclusivo que sida. (146)

Otra evidencia que refuerza lo antes expuesto acerca de la insuficiente educación sexual se puede valorar al retomar el estudio sobre salud reproductiva (SR) en adolescentes de Guatemala 2005,, en donde se describe que uno de cada 25 casos de VIH ocurre en adolescentes, especialmente hombres. La incidencia de casos de dicho virus aumenta en la población adolescente a partir de los 14 años y se sextuplica a los 19,, lo cual es un signo que se relaciona con el inicio de las relaciones sexuales desprotegidas. De igual forma destaca que uno de cada 25 adolescentes ha estado, está unido o casado aun a edades tan tempranas, como las comprendidas entre el rango de 10 a 12 años (25).

Con relación a lo antes descrito, se hace necesaria la aplicación del componente educativo de la promoción de la salud sexual en la escuela. Esta es fundamental para modificar comportamientos, pues constituye un proceso continuo en la formación integral de niños y jóvenes, que les aporta información científica y elementos de esclarecimiento y reflexión para incorporar a la realización de su sexualidad de forma plena, enriquecedora y saludable en los distintos momentos y situaciones de la vida (26).

Al respecto la OMS señala que si se enfoca la educación sanitaria desde un modelo participativo y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y este no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer. Por eso se conoce que en la actualidad, la educación para la salud se inserta en la educación formal, a través de la incorporación en el currículo educativo de contenidos de promoción de la salud. Asimismo en la educación no formal, se desarrollan sesiones de aprendizaje en las organizaciones, comunidades, grupos de promotores, entre otros (27). Por último, la educación informal es la que permite adquirir y acumular conocimientos y habilidades mediante las experiencias diarias y la relación con el medio ambiente. Es un proceso de enseñanza que dura toda la vida, continuo y espontáneo a través de las experiencias cotidianas, se recibe en lugares de

vivencia y de relaciones sociales, de modo que el sujeto es parte activa, tanto de su educación, como de la de los demás. Por lo cual es una educación formativa pero desorganizada, carente de objetivos educativos, con una visión amplia en cuanto al desarrollo y la productividad, tanto a nivel personal, como del grupo social en común. A juicio de la autora, este tipo de educación juega un rol muy importante en las actitudes de riesgos que caracterizan las prácticas sexuales de los jóvenes en Guatemala (28).

Lo expuesto refleja la magnitud del problema existente respecto a la salud sexual de los adolescentes en Guatemala y la necesidad de su abordaje para mejorar o cambiar esta situación. A criterio de la autora esto se asocia a la alta tasa de mortalidad materna existente, que afecta mayormente a las poblaciones indígenas más pobres. Lo descrito sobre el país se aplica al grupo de adolescentes que habitan en la comunidad de Antigua Chinautla (también llamada Santa Cruz Chinautla) ubicado en el municipio de Chinautla, del departamento de Guatemala, situado a 12 kilómetros de la ciudad capital, con una población total de 3165 habitantes, 1615 hombres y 1550 mujeres, de estos 727 (23%) corresponde a la población de adolescentes, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE) del Censo 2002. Así mismo, pertenecen a la etnia poqoman (29).

Con vistas a conocer sobre la presencia de problemas de salud sexual en los adolescentes, la autora indagó con hombres y mujeres jefes de familia de la comunidad de Antigua Chinautla, quienes refieren que desde muy temprana edad se inician las relaciones de noviazgo y uniones, en especial, a partir de los 15 años o antes, lo cual consideran preocupante, pues muchas jóvenes se embarazan en edades tempranas y recurren al aborto. También destacan que no existe entidad que les brinde educación o prevención de enfermedades y embarazos, por ello la mayoría de la población asiste a las farmacias, comadronas o médicos particulares a consultar sobre estos problemas.

Además, se revisó la temática que sobre sexualidad contempla la malla curricular de educación básica en el área de Ciencias Naturales de primero y segundo básico. Esta incluye contenidos sobre conductas sexuales de riesgo, ITS y métodos anticonceptivos, que según criterios de los pobladores, no están acorde con la idiosincrasia cultural de la población indígena, lo cual no permite su aceptación por parte de ellos, en específico con el último tema (30). El Currículum Nacional Base (CNB) del nivel de educación en sus adecuaciones curriculares con necesidades educativas especiales fundamenta que la educación debe ser de acuerdo con la realidad nacional, lo cual significa lograr una sociedad pluralista, incluyente, solidaria, justa, participativa, intercultural, pluricultural y multiétnica, parte de la diversidad de Guatemala; por lo que se puede flexibilizar y contextualizar de acuerdo con las necesidades de cada localidad (31).

En revisión del reporte anual de salud de 2011, en la comunidad se constató que hay 60 mujeres incluidas en planificación familiar, pero no se especifica la edad. El número de consultas prenatales atendidas fue de 45, pero tampoco se aclara cuántas eran primeras o reconsultas; hay cuatro puérperas reportadas. Lo descrito permite evidenciar que los datos disponibles no reflejan información sobre los adolescentes de esta comunidad (32). Además, se constató que tienen condiciones de riesgo en sus entornos familiares, similares a otras regiones de Guatemala, tales como bajo nivel educativo de los padres, inequidad de género, pobreza, tabúes sobre el sexo, creencias y valores que se entremezclan con procesos de transculturalidad provocados por la influencia de América del Norte y por el acceso que tienen a los medios de comunicación.

Problema científico

El ámbito social, cultural y económico en que viven los adolescentes de la comunidad de Antigua Chinautla propicia situaciones de riesgo en relación con su salud sexual, asimismo no hay acciones de promoción y educación que les brinden los conocimientos necesarios sobre el tema.

A partir de todo lo expuesto, las preguntas de investigación fueron:

1. ¿Cuáles son los conocimientos, comportamientos y percepciones respecto a la salud sexual que poseen los estudiantes del Instituto Nacional de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla, comunidad de Antigua Chinautla, departamento de Guatemala, del ciclo escolar 2013?
2. ¿Qué elementos debe contener una estrategia educativa para mejorar la salud sexual de los estudiantes del Instituto Nacional de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla del ciclo escolar 2013??
3. ¿Qué resultados podría proporcionar una estrategia educativa sobre salud sexual a los estudiantes del Instituto Nacional de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla, del ciclo escolar 2013??

Para dar respuesta a estas preguntas de investigación se han planteado los siguientes objetivos:

Objetivos

General:

Desarrollar una estrategia educativa sobre salud sexual para los estudiantes del Instituto Nacional de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla, comunidad de Antigua Chinautla, departamento de Guatemala, 2013.

Específicos:

1. Identificar los conocimientos, comportamientos y percepciones en salud sexual que poseen los estudiantes, según variables sociales y demográficas.
2. Diseñar una estrategia educativa sobre salud sexual dirigida a los estudiantes seleccionados.
3. Evaluar los cambios provocados por la estrategia educativa aplicada en los estudiantes

Aportes:

- La investigación aportó información con fundamento científico de los conocimientos, comportamientos y percepciones sobre salud sexual que poseen los estudiantes indígenas de la comunidad estudiada desde su perspectiva y su universo simbólico.
- Se diseñó una estrategia a partir del modelo Precede-Procede, poco aplicado en el continente, que requiere de un diagnóstico de la población objeto de estudio desde la perspectiva social y epidemiológica, que incluye sus realidades, perspectivas y percepciones desde la mirada de los estudiantes indígenas, padres y líderes locales residentes en la comunidad rural. Esto refuerza la calidad de las acciones propuestas, al no partir de supuestos sino de las necesidades sentidas por quienes recibirán los beneficios de la estrategia.
- Permite individualizar la enseñanza y hacerla participativa, de acuerdo con la idiosincrasia y tradiciones culturales de la etnia poqoman, con un abordaje integral, que toma en cuenta no solo la educación formal, sino también la no formal e informal. Además, desde el punto de vista de su diseño metodológico se puede adaptar a otras comunidades, a partir de su carácter individual e intercultural.

- Es una investigación que elevó el nivel de conocimientos y mejoró la promoción sobre salud sexual, con el uso de herramientas provenientes de la cultura, creencias y preferencias de los estudiantes y líderes comunitarios, lo cual posibilitó la aceptación por parte de los padres y la comunidad en general.

Novedad de la investigación:

La propuesta es en esencia nueva, pues se establecieron de forma científica las condiciones necesarias para llevar a cabo procesos adecuados de educación sexual dirigidos a estudiantes indígenas adolescentes. Se crearon los procedimientos metodológicos y técnicos para ofrecer con mejor calidad la educación sexual, como vía efectiva de las actividades de educación para la salud sexual y reproductiva en este ámbito.

Métodos:

La investigación se clasifica como trabajo de desarrollo tecnológico, en tanto produce una estrategia educativa para mejorar los conocimientos y comportamientos en la sexualidad de los estudiantes del instituto. El estudio transita por dos etapas. La primera, con el uso de técnicas cuantitativas y cualitativas para el diagnóstico social, epidemiológico, de comportamiento y ambiente educativo, y político organizacional de los estudiantes, de tipo descriptivo transversal, con un grupo control. La segunda es la elaboración de la estrategia educativa, su aplicación y validación sustentada en el modelo Precede-Procede, para lo cual se utilizaron técnicas estadísticas para evaluar la eficacia de la estrategia.

Se aplicaron los principios éticos requeridos para las investigaciones con poblaciones humanas.

Capítulo I

Referentes teóricos y conceptuales sobre la promoción y educación para la salud sexual del adolescente

Capítulo I

Referentes teóricos y conceptuales sobre la promoción y educación para la salud sexual del adolescente

Introducción

Este capítulo muestra los principales referentes teóricos relativos al estudio de la salud sexual en los adolescentes. También se adentra en la necesidad de su enfoque desde la promoción y educación para la salud, así como los distintos modelos utilizados para su estudio.

Otros aspectos de interés abordados en este capítulo son los principales problemas existentes sobre salud sexual y reproductiva en el mundo y, en particular, en América Latina. Para ello se realizó una revisión de diferentes trabajos de investigación e informes de organismos internacionales, además se recopiló información sobre los principales rasgos de la situación actual de la salud sexual en Guatemala y la necesidad de su abordaje de una forma integral, como un problema de salud pública.

1.1 La promoción y educación para la salud como vía para mejorar la salud sexual del adolescente

Los aportes que sugiere la bibliografía existente sobre el tema de estudio permiten identificar la importancia de la educación de la salud sexual en el adolescente, ya que la situación actual se manifiesta en diferentes ámbitos de la vida que exigen de la intervención del individuo, familia y comunidad, en vías de mejorar el bienestar del adolescente. Las inquietudes y problemas sobre la salud sexual son profundas y abarcan desde las preocupaciones que se perciben como “parte de la vida”, hasta las que representan una amenaza para el bienestar de las personas e incluso para la vida. Por ello es una

preocupación que debe ser competencia de todos los sectores, en especial el de la salud, para que se apliquen medidas educativas y preventivas que contribuyan a disminuir los problemas existentes (33).

La salud puede ser entendida como el estado en que el organismo ejerce normalmente todas sus funciones, o las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado (34). La OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. También el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social, todo lo cual viene a ser el resultado de una serie de determinantes fundamentales que impulsan y promueven el desarrollo social (35). De acuerdo con el Código de Salud de Guatemala, la salud “es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo (36)”.

Un aspecto importante a destacar es que para este estudio se tomó como eje fundamental la promoción y educación como nueva concepción de salud, ya que conlleva a estrategias que permiten incrementar el control sobre las determinantes de la salud; y, en consecuencia, como lo describen la concepción y los tratados en el ámbito internacional. “Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana” (37). En este sentido la autora considera que los adolescentes necesitan todas las condiciones necesarias para tener una salud sexual saludable, que permita ofrecer para su futuro expectativas positivas, que le

posibiliten realizarse como persona y alcanzar un adecuado desempeño en los diferentes ámbitos biopsicosociales de la vida.

En este contexto, la promoción y educación constituyen una manera de dar respuesta a las necesidades que se hacen evidentes en el sector de la salud, para fortalecer los servicios, promover y proveer alternativas que permiten identificar y definir estrategias educativas que sean efectivas para los adolescentes en cuanto al proceso de enseñanza aprendizaje de su sexualidad.

Para varias entidades, la adolescencia es un período de transición de la niñez a la pubertad hasta el desarrollo del organismo, con personas comprendidas entre los 10 y 19 años, e incluidas dentro de la juventud (entre los 10 y 24 años). La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, que comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños, y llega hasta los 14 y 15 años. La adolescencia media y tardía se extiende hasta los 19 años (38) (34) (39).

La sexualidad es multidimensional para los seres humanos; es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas que caracterizan a cada sexo atado a las características socioculturales de cada pueblo y a su evolución (34); y junto a este término se encuentra estrechamente relacionada la palabra sexo; en humanos, es la condición orgánica masculina o femenina, órganos sexuales (34) (40). A criterio de la autora, la sexualidad y la salud sexual son un proceso permanente producto de las experiencias que conlleven a un bienestar en la persona a nivel psicobiosocial, sobre todo, en la niñez y la adolescencia, que requiere de un enfoque positivo y respetuoso en las relaciones sexuales. Por su parte, la educación sexual es un proceso de transmisión y formación que estimula el desarrollo de actitudes positivas hacia sí mismo y al sexo opuesto con valores positivos y la prevención de riesgos para el disfrute de una vida plena desde la pubertad (41). Esto exige tomar en cuenta que la educación sexual que se proponga brindar a los adolescentes debe enfocarse desde una

perspectiva social, cultural y económica, desde diferentes ámbitos para que tenga una mayor efectividad en la población.

La autora señala que a partir de su experiencia profesional en el ámbito comunitario del primer nivel de atención ha constatado conocimientos insuficientes y prácticas inadecuadas sobre sexualidad en los estudiantes de primera y segunda enseñanza. Estos propician riesgos a su salud sexual y al disfrute de una sexualidad plena, ya que desconocen las diferentes ITS, no tienen claridad en la edad propicia de dar inicio a las relaciones sexuales sin riesgo; en ocasiones asumen embarazos no deseados, por desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, pues el único conocido es el preservativo o condón, aunque en la práctica no es usado. Todo lo cual se acentúa en las poblaciones rurales indígenas.

La autora resalta que todo lo anterior muestra la necesidad de adentrarse en el ámbito de la promoción y educación de la salud sexual, pero de una forma participativa e interactiva con los adolescentes, con su familia y la comunidad, para que estas acciones tengan éxito, sobre todo, en el ámbito de las tradiciones y cultura indígena. Hay que tener claro que la educación en el ser humano no se sitúa en la historia como un hecho aislado, se vincula y despliega con las diversas orientaciones filosóficas, sociales, culturales, étnicas, religiosas y políticas que han influido en ella, lo cual permite evaluar en qué medida la educación ha sido un factor en la historia y en qué medida una cultura es fuerza determinante de una educación, en especial, en la infancia y la adolescencia (42) (43).

En suma, la autora concluye que la salud sexual se ve vinculada con las diversas orientaciones y ha sido determinante con la cultura de cada región. Sin embargo, por los fenómenos sociales que se dan y por la influencia de la globalización en las comunicaciones, ha cambiado y se ha expandido a todas las regiones donde se cuenta con un sistema satelital para poder comunicarse.

Esto ha intensificado un proceso de transculturización de la población, sobre todo, en los niños y en la población de adolescentes que expande su influencia hasta las poblaciones indígenas residentes en zonas rurales. Un aspecto que ha cobrado fuerza a finales de los años sesenta es el uso de las expresiones como “educación informal” y “educación no formal”, utilizadas para designar la formación fuera de la escuela (44). Por lo tanto, es necesario innovar la educación institucionalizada, de tal forma que brinde los conocimientos necesarios sobre prácticas sexuales no riesgosas a los niños y adolescentes (45).

Si se admite, según Durkheim, que “la educación es la acción ejercida por las generaciones adultas sobre las que todavía no están maduras para la vida social, con el objetivo de suscitar y desarrollar en el niño cierto número de estados físicos, intelectuales y morales, que exigen de la sociedad política en su conjunto y el medio especial, al que está particularmente destinado (46)”. Podría pensarse que la misma constituye una herramienta invaluable para provocar cambios en conductas de riesgos en los adolescentes respecto a la salud sexual.

Para que la educación logre los resultados esperados exige conocer plenamente las condiciones del medio donde se ejercerá, para así ponerla en práctica eficazmente. Esto requiere conocer y entender al grupo hacia el que se dirige, para brindar acciones certeras dentro de las reglas sociales que existen en ese grupo, desde de sus componentes, sus necesidades y el origen de sus causas (46). En el caso particular de este estudio es preciso profundizar sobre las condiciones económicas, sociales, culturales, tradiciones y tabúes existentes en la población indígena que pretende educarse sobre salud sexual.

La autora de este trabajo tiene claro y asume el criterio de que no toda la educación institucionalizada se vincula mediante la escuela. Para ello hay que tomar en cuenta otros nexos con la educación informal, pues en la actualidad

resulta evidente la cantidad de información proveniente de los diferentes medios de comunicación, la transmisión de valores y de actitudes comunicadas por la prensa, las revistas, el cine, la televisión, la radio y, más recientemente, el celular vinculado este con el potente internet; todo lo cual sobrepasa el poder formativo logrado por la escuela actual y la familia. Hoy se dice que ese caudal de información de los medios masivos de comunicación ha derribado los propios muros de las aulas, por tal motivo se ha llamado a la sociedad actual “sociedad de conocimientos” (47).

Se debe agregar que los distintos medios de comunicación provocan un aprendizaje rápido, abierto, incidental y continuo en el mundo cotidiano, a su vez en su mayoría condiciona a nuevos deseos, que a juicio de la autora tiende a homogenizar los valores de los jóvenes, a promover actitudes negativas y a que tengan una configuración de su futuro alejadas de la realidad en que viven. Hoy se dice que todo esto lleva a la evolución de las sociedades, que afecta a las familias y a las comunidades, lo que exige cambios e innovaciones importantes en la educación para la salud. Hay que tener presente que el ocio y la recreación en los adolescentes ha pasado a convertirse en parte de lo “cotidiano”, hay que visualizar estos aspectos desde la perspectiva de la educación sexual en el adolescente, de manera sea aceptada por ellos y se involucren de forma efectiva (48).

La autora de este estudio considera que la comunicación de masas (educación informal) ha logrado evidenciar cambios en la sociedad, principalmente en los adolescentes. A estos se añaden problemas en los contenidos educativos desde la educación formal, tanto en países desarrollados, como en los que están en vías de desarrollo, pues en gran parte los contenidos sobre educación sexual aún no reflejan aspectos esenciales de la salud sexual, ni el papel del género en la formación de actitudes y comportamientos sexuales. Además en el caso particular de Guatemala, por lo general, no se toman en cuenta los criterios de las poblaciones indígenas, donde la falta de conocimientos sobre

salud sexual, el bajo nivel de instrucción de su población, las tradiciones y tabúes sobre las prácticas sexuales constituyen un problema grave para ellos.

A todo lo expuesto, se agrega el hecho de que la familia es la primera "educadora sexual" de los niños, aunque cuando estos empiezan a estudiar, la escuela se constituye en una estructura educadora sexual muy relevante, la cual debería complementar a la familia en esta tarea. Pero en la práctica de Guatemala no es así, sobre todo, en las zonas rurales donde los padres carecen de conocimientos y tienen creencias equívocas muy arraigadas sobre el sexo, que no ayudan a que los adolescentes asuman conductas favorables en este sentido, y en muchos casos los maestros se ven restringidos a brindar conocimientos sobre este tema por presiones sociales. El resultado de ambos aspectos para estos jóvenes, es buscar los conocimientos sobre salud sexual en los medios de comunicación, o con los amigos, es decir, acuden a la educación informal.

Por ello, resulta indispensable la capacitación de los docentes y del equipo de orientación escolar en las temáticas relativas a la educación sexual, ya que es escasa la información disponible sistematizada. Tal vez esta situación se ve favorecida por las pautas culturales, a partir de las cuales se percibe más fácilmente la necesidad de educar sobre salud sexual a los púberes y adolescentes, la privación en la educación de la sexualidad infantil y adolescente responde a condicionamientos culturales históricos que, felizmente en los últimos años, han evolucionado hacia enfoques más adecuados.

En la revisión bibliográfica realizada por la autora se evidencian abordajes de investigaciones a partir de las preocupaciones y los problemas de la salud sexual en los adolescentes para encontrar soluciones y evitar así quebrantos de la persona, la familia y la sociedad. Sin embargo, los estudios que generen acciones de promoción y educación son insuficientes para lograr una salud sexual de acuerdo con características grupales, individuales, étnicas y

culturales, que permitan crear un cambio en los conocimientos, actitudes y prácticas, y así minimizar los factores de riesgo a que puede exponerse la población adolescente.

Sobre la educación formal, en América Latina, hay evidencias de que las políticas de educación para la población se han impulsado desde los años setenta. Uno de los principales componentes en que se inició fue la salud sexual, en el marco de programas nacionales de población. En estos casos la educación a la población se asumía con un enfoque integral que debía posibilitar a los educandos conocimientos, actitudes y valores enmarcados en la situación sociodemográfica y del desarrollo, y de los derechos humanos; todo ello a partir de que exista la capacidad suficiente para tomar decisiones responsables a nivel personal y familiar (49). A juicio de la autora, las acciones vinculadas con la salud sexual que se desarrollaron fueron dirigidas, en gran medida, hacia la planificación familiar, lo que ha contribuido a la reducción de la fecundidad en el continente, y sin duda se han obtenido logros en la salud sexual y reproductiva de la población latinoamericana, pero se han mantenido desigualdades importantes entre países, y dentro de ellos las poblaciones indígenas muestran aun indicadores muy desfavorables.

Puede añadirse que si bien hay conciencia en la región de la necesidad de aplicar acciones educativas para mejorar la salud sexual de los adolescentes, estas resultan insuficientes y, en muchos casos, no se toman en cuenta sus criterios y están alejadas del contexto sociocultural en que viven. Resulta vital el abordaje de acciones educativas sobre salud sexual que involucre a este grupo poblacional, para lograr una mayor eficacia en las mismas, ya que los adolescentes son de vital importancia para el desarrollo de la sociedad, pues son los hombres y mujeres del futuro. Por ello hay que modificar las conductas sexuales de riesgos que manifiesten, que en ocasiones afectan su vida mediante la complicación y muerte en un parto o por las consecuencias que genera el VIH.

1.2 Las estrategias de promoción y educación para la salud sexual Modelos para su diseño

Las estrategias de promoción de la salud sexual para los adolescentes pretenden encontrar un camino que permita alcanzar objetivos o metas identificadas a través de un diagnóstico, para así implementar un conjunto de acciones planificadas y dirigidas estratégicamente, lo cual constituye una “estrategia de acción”, ya sea educativa, de comunicación, promoción y prevención, entre otras. En estos casos es esencial trabajar con los jóvenes, tomar en cuenta sus criterios y articularlos con los diferentes actores sociales, como sus pares, padres de familia, líderes comunitarios, autoridades educativas, para así definir acciones, temas y subtemas a incluir en la estrategia y lograr mediante ella promover una sexualidad responsable (50).

Toda estrategia de promoción y educación para la salud debe sustentarse en un modelo teórico para su diseño. En el área de la salud pública a lo largo de la historia han surgido diferentes modelos teóricos que son útiles para representar los fenómenos sociales que afectan o impactan positiva o negativamente la salud de las personas y que permiten formular de forma efectiva intervenciones que promuevan el bienestar o la salud. En este capítulo, se mencionan varios modelos que se pueden aplicar a la promoción de la salud sexual en el ámbito comunitario, como el modelo de desarrollo de bienes o valores positivos, el modelo ecológico, de creencias en salud, el modelo transteórico del cambio de comportamiento en salud, y el modelo Precede-Procede que es el utilizado en esta investigación.

1.2.1 Modelo Precede-Procede

El modelo Precede-Procede, diseñado por el doctor Lawrence W. Green durante los años de 1974 a 1991, utilizado hasta la fecha en diferentes contextos y ámbitos internacionales, es el que mejor se ajusta al propósito de

este trabajo, al partir de un diagnóstico social, epidemiológico, ambiental y político de la población a la que se dirige la estrategia (51).

A continuación la autora profundiza sobre las razones por las que fue seleccionado el modelo Precede-Procede. Este fue diseñado como una forma de valorar las necesidades de educación para la salud de una comunidad. Dicho modelo se refleja en el sistemático proceso de planeación que intenta empoderar a los individuos con comprensión, motivación y habilidades para que participen activamente en la resolución de los problemas de salud sexual.

El modelo tiene un enfoque participativo, y la autora del trabajo considera que los cambios en el comportamiento perduran más cuando las personas han participado activamente en estos y la toma de decisiones acerca del cambio se hace a lo largo del proceso. En este proceso, los individuos toman decisiones saludables a través del cambio de su comportamiento y de políticas que influyen en sus comportamientos. El modelo ha sido empleado como herramienta de diagnóstico y evaluación de las conductas, ya que permite organizar las variables que median en la asunción de riesgos. Resulta igualmente de utilidad para planificar intervenciones preventivas.

En opinión de la autora, en Guatemala las actividades de promoción y educación para la salud no cuentan con directrices contextualizadas a la realidad de las comunidades o grupos poblacionales; a su vez, el sistema de salud tiene un subregistro en la información epidemiológica y social de la población y de los problemas que la afectan, como el caso de los adolescentes. Estos aspectos no permiten conocer y disponer con certeza, amplitud y profundidad de datos que cualifiquen a la población objeto de este estudio. Por lo que, se requiere de un modelo que en primera instancia permita levantar esta información y que además involucre la participación activa de los grupos poblacionales involucrados en la comunidad. Además, son escasos los estudios con un enfoque como el presente, que se hayan realizado en este grupo poblacional en otras comunidades del país. Ante estas consideraciones el

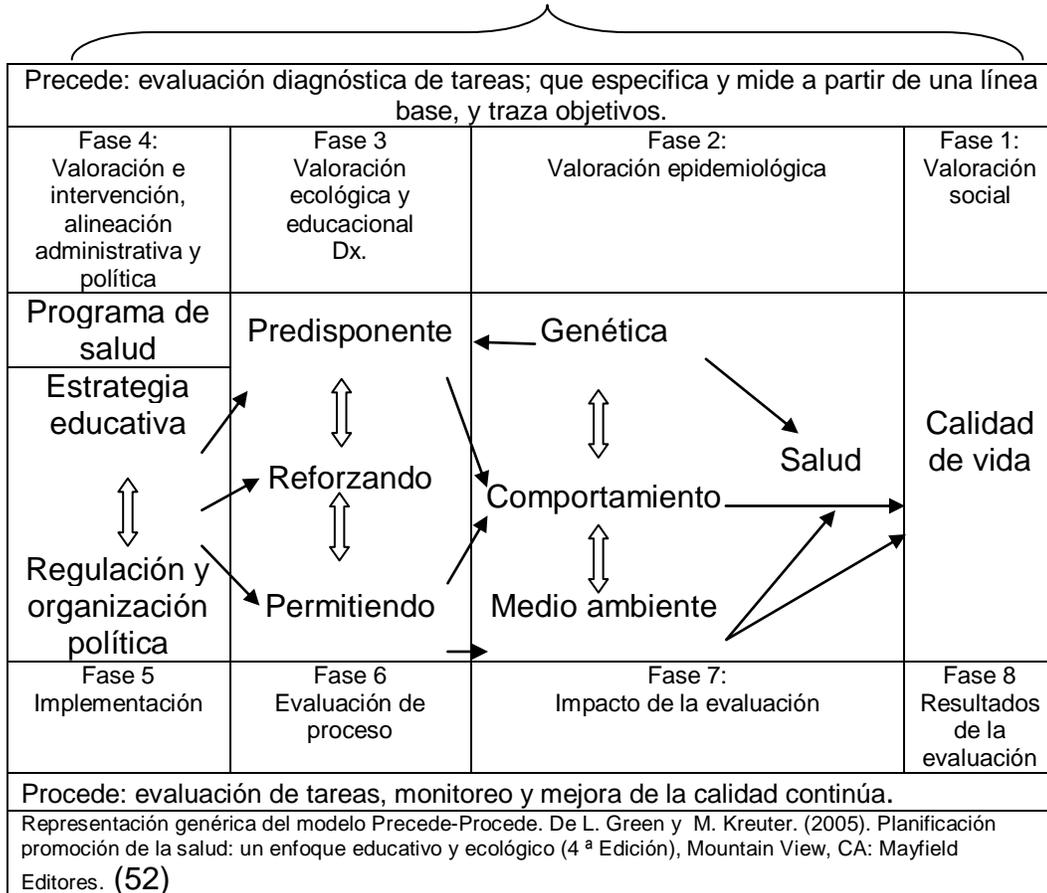
modelo Precede-Procede presenta una estructura que se adapta a estas condiciones.

La autora valora que Guatemala es un país con muchas manifestaciones y tradiciones culturales y religiosas que están implicadas en las vivencias sexuales, como valores impuestos, presión de grupo, creencias, prejuicios, estereotipos, estigma, machismo, tabúes sexuales, patrones de comportamientos comunes, diferencias de género, entre otros. En este contexto abordar el tema de la sexualidad resulta complejo, sobre todo, con estudiantes indígenas, población joven, que vive su sexualidad con estas implicaciones sociales, por lo que el modelo Precede-Procede permite levantar información de las necesidades existentes en la comunidad y de los ideales de salud definidos por los sujetos de estudio y los involucrados. Posibilita identificar mediante un análisis educativo, los factores que predisponen (conocimientos, percepciones, comportamientos), los que facilitan y refuerzan las conductas relacionadas con los problemas identificados. A esto se añade información sobre el ambiente político, administrativo y organizacional que está relacionada con los problemas de salud sexual. Todos estos aspectos fundamentan el uso de este modelo en esta investigación.

Seguidamente, se exponen los rasgos fundamentales que caracterizan al modelo y cómo fue aplicado en la investigación. **Precede-Procede** son acrónimos, que quiere decir: "Predisponer, refuerzo, habilitación de constructos en la educación, diagnóstico y evaluación educativa y ambiental". Tal como lo implica su nombre, representa el proceso que precede o lleva hacia una intervención para ser evaluada y reestructurada (procede) posteriormente (52). El modelo tiene dos etapas fundamentales, cada una se subdivide en cuatro fases que al final hace un total de ocho. Además ofrece la facilidad de poder saltarse algunos pasos o fases, si es que lo amerita, como se detalla en el siguiente esquema.

Esquema del modelo Precede-Procede

Primera etapa (fase 1 - 4)



Segunda etapa (fase 5 – 8)

A continuación se explican las diferentes fases que aparecen en el esquema (52):

Precede

- **Fase 1.** Valoración social/Diagnóstico social: se determina la situación existente y lo que quiere y necesita la comunidad para mejorar su calidad de vida. Para ello en este estudio se obtuvo la información mediante entrevistas a líderes comunitarios, personal del instituto y padres de familia, ya que no existían registros primarios con información que posibiliten conocer la situación en la comunidad.

- **Fase 2.** Valoración epidemiológica/Diagnóstico epidemiológico: se identifican los problemas de salud que afectan a la población, referidos a comportamiento, entornos físicos, sociales, políticos, económicos y estilos de vida, descritos en el esquema del modelo. En el diagnóstico se incluye una caracterización de las variables estudiadas, así como los factores que afectan la salud de la población, generalmente se usan indicadores, que caracterizan los problemas desde la dimensión cuantitativa.

Por otro lado, se pueden determinar algunos factores que afectan la salud desde la dimensión observacional cualitativa, la que pretende descubrir aquellos factores de riesgo desde la perspectiva de la población estudio.

En el caso particular de este estudio, para la valoración del ambiente social, se tuvo en cuenta las percepciones de miembros de la comunidad sobre el tema de la salud sexual; en relación con el ambiente político se tuvieron en cuenta las acciones a tomar por las autoridades para regular comportamientos o estilos de vida sobre el tema investigado.

Las fases 1 y 2 dan paso para identificar cómo guiar la intervención.

- **Fase 3.** Valoración educacional o diagnóstico educativo y organizativo: se analizan los factores que afectan el comportamiento, estilo de vida e interacción con el ambiente en el grupo objetivo. A partir de los resultados se determina qué hacer para cambiar los factores de riesgo y reforzar los comportamientos protectores, a partir de los factores de predisposición presentes (conocimiento, actitudes, creencias, valores tipo de educación); los factores facilitadores (disponibilidad de recursos, accesibilidad de servicios, leyes y políticas gubernamentales, habilidades relacionadas al tema que contribuyan en la intervención) y factores de

refuerzo (en gran medida la influencia de los pares en el ambiente social).

- Se define cuál será el procedimiento a seguir de acuerdo con las siguientes preguntas:

¿Qué se intenta cambiar? ¿Qué factores ayudarán al cambio? ¿Cómo debería ser la intervención a fin de llegar eficazmente al objetivo?

- **Fase 4.** Valoración e intervención, alineación administrativa y política/Diseño de programas o intervenciones y el apoyo para ello a través de un diagnóstico ya elaborado, que toma en cuenta el rubro de los factores administrativos internos y factores políticos internos y externos que pueden afectar el éxito de la intervención. Los recursos que se utilizaron para la estrategia fueron los siguientes: recursos humanos y administrativos, así como proyectores multimedia, papel, lapiceros, computadora, entre otros. También se incluyeron los reglamentos sobre ética profesional.

Antes de realizar la estrategia se procedió a explicar la participación voluntaria en la misma. Se establecieron los procedimientos organizativos en los que se precisaron las fechas, horas, lugares y quienes participarían en cada actividad. Se tomaron en cuenta todas las personas que participaron en el proceso de la intervención. Respecto al financiamiento se precisó quien o quienes financiarían la investigación.

Las fases 3 y 4 determinan la estructura y objetivos para la planificación y diseño de la estrategia, para continuar la segunda etapa: Procede que corresponde y comprende la implementación y evaluación de la estrategia.

- **Fase 5.** Implementación: aquí se llevó a cabo la estrategia y se ejecutaron las acciones educativas que se plantearon para el grupo

objetivo, en este caso para los estudiantes del Instituto Nacional de Educación Básica Santa Cruz de Chinautla.

- **Fase 6.** Evaluación del proceso: se determina si la estrategia tomó realmente las medidas previstas. En este trabajo se aplicó el mismo instrumento que el usado para realizar el diagnóstico.
- **La fase 7 y 8.** Evaluación de impacto y resultados para la presente investigación se reintegró en una fase, que corresponde al capítulo VI Presentación, análisis y discusión de resultados de evaluación pos intervención. Aquí se determinó si la estrategia ha tenido los efectos deseados respecto a elevar el nivel de los conocimientos, e influir en comportamientos y percepciones en el ambiente, esto dependerá de la evaluación de proceso y también de los acuerdos que se establezcan con las autoridades. Se determinó si la intervención finalmente provocó cambios en las dimensiones evaluadas, y se establecieron las comparaciones cualitativas y cuantitativas que procedían.

Este modelo se aplicó a los grupos de adolescentes concentrados en una institución académica, el mismo se puede adaptar e implementar, ya que es flexible y permite la ejecución de las diferentes fases del modelo; también está de acuerdo con el propósito de la promoción y educación para la salud en sus diferentes líneas de acción. En esta investigación se contó con la implementación de la estrategia educativa que incluyó la participación de diferentes actores sociales implicados en el proceso de enseñanza y aprendizaje de la salud sexual de los adolescentes que estudian en el Instituto Nacional de Educación Básica Santa Cruz de Chinautla.

Existen otros modelos teóricos que son útiles para el diseño de estrategias para promoción y educación de la salud sexual en estudiantes y que pueden ser tomados en cuenta. A continuación se brinda alguna información sobre ellos.

1.2.2 Modelo de desarrollo de bienes o valores positivos

Este modelo consiste en la promoción de valores positivos que requieren los niños y adolescentes para convertirse en adultos saludables, afectuosos, productivos y exitosos. El modelo identifica 40 valores positivos, divididos en ocho categorías, cuatro son externos (apoyo, potenciación, límites y expectativas y uso constructivo del tiempo), y cuatro son internos (compromiso con el aprendizaje, valores positivos, competencias sociales e identidad positiva) que son necesarios para el desarrollo apropiado del adolescente. Además, vincula la presencia o ausencia de estos al comportamiento de alto riesgo y los “indicadores favorables”. Este modelo ha sido desarrollado a lo largo de quince años con más de un millón de estudiantes del 6º al 12º grado (53).

Los pasos que contempla el modelo son los siguientes: 1. Alguien tiene que tomar la iniciativa. 2. Formar una coalición u otro grupo para introducir el desarrollo de valores positivos (y la idea de la evaluación de la encuesta/los valores positivos) a la comunidad. 3. Una vez que la comunidad acuerda perseguir el desarrollo de valores positivos, determina la logística de la encuesta. 4. Implementar la encuesta. 5. Analizar el reporte de los resultados de la encuesta. 6. Comunicar sus hallazgos a la comunidad. 7. Planear los pasos en el proceso. 8. Presentar el plan a la comunidad. 9. Implementar el plan de acción inicial. 10. Continuar el monitoreo, evaluación y ajuste de su plan de acción. 11. Continuar la formación e implementación de un nuevo plan de acción para mantener los logros que ha obtenido (54).

Una ventaja de este modelo es la sistematización de sus pasos, puede verse la sustentabilidad y sostenibilidad en cuanto a los valores, permite la participación social, ya que involucra a toda la población en la construcción proactiva de valores positivos. Sin embargo, una desventaja que podría considerarse es que los valores en la población adolescente de los Estados Unidos son de considerable diferencia con las de los adolescentes de las comunidades

indígenas rurales de Guatemala, por lo que habría que validar las variables que se manejan en cuanto a valores en contraste con las variables que existen en la comunidad donde se desee hacer el estudio.

1.2.3 Modelo ecológico

El modelo ecológico de Bronfenbrenner describe el complejo interactuar del ser humano, y su entorno contextual lo define de acuerdo con estructuras en diferentes niveles donde se desarrolle el ser humano en sus diferentes etapas de la vida. Estos niveles se encuentran divididos en cuatro: el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema, el cronosistema y el globo sistema (55).

Cada nivel del modelo ecológico contiene al individuo, la familia, el aula, los compañeros de la escuela, los maestros y los vecinos, que constituye el microsistema. El mesosistema comprende las interrelaciones de los dos o más ambientes en los que la persona se desenvuelve y realiza sus actividades, tales como el hogar y los padres de familia que interaccionan para ayudar al individuo. El exosistema incluye ambientes más amplios en los cuales el individuo no está necesariamente activo: y el macrosistema que lo compone la cultura y la subcultura en la que se desenvuelven todos los individuos de una misma sociedad. Hay dos sistemas adicionales: el cronosistema el cual tiene que ver con la época histórica en que vive el individuo, y el globosistema el cual tiene que ver con la condición ambiental, tales como el clima ambiental y los desastres naturales (55) (56).

Las ventajas de este modelo es que analiza el problema a partir de un todo y es adecuado para una comunidad, ya que de lo particular llega a lo general; sin embargo, una desventaja es que no propicia etapas sistematizadas para el desarrollo de una estrategia educativa y su correspondiente evaluación.

También es importante tomar en cuenta este modelo porque permite que se visualice todo el contexto en el que se desenvuelve el grupo objetivo.

1.2.4 El modelo creencias en salud

Este fue desarrollado hacia 1950 por psicólogos con orientación fenomenológica, pertenecientes a la salud pública de Estados Unidos de América, explora posibles respuestas a problemas relacionados con la educación para la salud. Su propósito es la promoción en sujetos sanos sobre sus conductas, sugiere que el conjunto de dogmas del individuo produce algún grado de preparación psicológica para afrontar el problema de salud. El modelo tiene componentes que son a partir de hipótesis en que la conducta del individuo descansa principalmente en dos variables: a) el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta (deseo de evitar la enfermedad o recuperar la salud). b) La estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta (creencia de que una conducta específica evite la enfermedad y recupere la salud (57).

Las dimensiones de los modelos son cuatro: la primera es la susceptibilidad percibida, la percepción del sujeto es valorada como subjetiva. La segunda es la severidad percibida, como pérdida de la salud y las consecuencias sociales, ambas desencadenan conductas en salud. La tercera son los beneficios percibidos de conductas que le favorecen o ayudan. La cuarta hace referencia a las barreras percibidas las que contempla los aspectos potencialmente negativos con las anteriores dimensiones (57).

Este modelo es útil para la toma de decisiones, las cuales pueden ser internas (síntomas y percepciones) o externas (medios de comunicación, amigos, entre otros). Las variables que contempla son de tipo sociopsicológico, demográfico y estructural, y que pueden afectar las decisiones internas o externas. Una de sus ventajas es que da lugar a incorporaciones de variables nuevas y la capacidad

de predicción del modelo. Dentro de sus desventajas están que hace excesivo énfasis en variables cognitivas, exceso de derivaciones y subdivisiones, lo que da lugar a la discordancia entre creencias y comportamiento en salud. Por citar un ejemplo, este modelo también no describe una buena sistematización de sus etapas, lo cual hace difícil el orden en un proceso comunitario (58).

1.2.5 El modelo transteórico del cambio de comportamiento en salud

Este modelo hace referencia al cambio de comportamiento en salud, se originó en la década de los años setenta, propuesto por James O. Prochaska. Ofrece planear y ejecutar intervenciones a partir de las características específicas de las poblaciones o grupos a quienes están dirigidas las acciones. Está demostrada la capacidad de los cambios comportamentales en las poblaciones intervenidas, según sus variables o constructos explicativos; el nombre se derivó de la integración de los principios, componentes teóricos y sistemas terapéuticos analizados. Hoy explica el cambio del comportamiento, según cinco variables: etapas, procesos de cambio, balance decisorio, autoeficacia y tentación (59).

Este modelo se implementa de acuerdo con la intervención planificada que de igual forma cursa por diferentes niveles a ser cinco que incluyen: reclutamiento, retención, progreso, proceso (la que se genera a partir de seguir seis principios que se generan en cada etapa y que por lo general presentan características en común) y resultados. Las fases del cambio que el modelo ofrece son un proceso que se desarrolla a través del tiempo, lo cual implica una progresión a través de seis fases: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantención y finalización (60).

Constituye una propuesta innovadora en el área de la prevención de la enfermedad, en especial, para grupos de personas que tienen problemas con las adicciones, lo cual vendría a ser una limitante para su uso en el ámbito

comunitario. Es una alternativa para implementarla en jóvenes, lo que merece importancia para su aplicación (59).

1.3 Teorías del aprendizaje que fortalecen los modelos de promoción y educación en salud

El proceso de aprendizaje se observa como un proceso de “construcción de significados” que se lleva a cabo en contextos sociales, culturales, históricos y políticos al que se le puede aplicar teorías diversas para lograr el cambio (61).

Los modelos teóricos de promoción y educación para la salud antes planteados, se aplican a los grupos de cualquier edad. Sin embargo, vale la pena tomar en cuenta algunas teorías del aprendizaje para la elaboración de los programas educativos junto a otros modelos teóricos que se implementan en el ámbito comunitario y, sobre todo, en grupos concentrados.

1.3.1 La teoría sociocultural del aprendizaje humano de Vygotsky (1924)

Describe el aprendizaje como un proceso social y el origen de la inteligencia humana en la sociedad o cultura, es producto del contexto que permite la denominada apropiación. Afirma que los procesos psicológicos se forman a partir de la intervención educativa y de la influencia predominante del medio cultural, explica que la mediación semiótica como las herramientas (objetos físicos) y los signos (que organizan el pensamiento) son los que producen cambios en las personas a nivel de psiquis de lo externo a lo interno; indica que la capacidad de desarrollo de las personas está determinada por la zona de desarrollo próximo que cada individuo posee de forma independiente (62).

1.3.2 La teoría constructivista del aprendizaje de Jean Piaget

Esta teoría sostiene que el conocimiento se obtiene a partir de la interacción entre conocer algo e interactuar con él. Indica que las personas pasan por estadios o etapas, realizando operaciones mentales de acuerdo con el grado de desarrollo (madurez e interacciones en el mundo); las estructuras mentales parten como resultado de las operaciones físicas que el sujeto realiza para luego transformarlas en operaciones mentales. Los estadios del desarrollo cognitivo comienzan desde el desarrollo sensoriomotor, continúa en progreso el pensamiento simbólico, pensamiento intuitivo, operaciones concretas hasta las operaciones formales que por lo regular son alcanzadas alrededor de los 12 años en adelante. En esta última se presenta el pensamiento hipotético, pensamiento formal abstracto, control de variables, verificación de enunciados, proporcionalidad, sistema integrado de operaciones y transformaciones (63).

1.3.3 La teoría del aprendizaje significativo (David Ausubel)

El concepto de aprendizaje significativo fue propuesto originalmente por David Ausubel (1963 a 1968). Establece que el aprendizaje humano conduce a un cambio de significado de la experiencia enriquecida en conjunto con el pensamiento y la afectividad a través de tres elementos del proceso educativo: la manera de enseñar la estructura del currículo, el modo en que este se produce, y el entramado social en que se desarrolla el proceso educativo. Ausubel plantea que el aprendizaje del alumno depende de la estructura cognitiva previa para saber la cantidad de información que tiene, su grado de estabilidad y que existan conocimientos y experiencias previas que afectan su aprendizaje (64).

1.3.4 La teoría del interaccionismo simbólico o sociología cognoscitiva

Esta teoría se sitúa dentro del paradigma interpretativo, este analiza el sentido de la acción social desde la perspectiva de los participantes, y concibe a la

comunicación como una producción de sentido dentro de un universo simbólico determinado, es decir, los seres humanos actúan de acuerdo con el significado que las mismas tienen para ellos. Para desarrollar este punto de vista, Herbert Blúmer (1969) plantea tres categorías para clasificar los objetos: físicos (una flor, una mesa), sociales (un profesor, una mamá), y abstractos (una idea, un valor moral, una creencia). También junto a otros representantes de esta tendencia, plantea tres premisas que fundamentan su perspectiva que le da un peso específico a los significados sociales que las personas asignan al mundo que les rodea, estas son (65) (66):

- Las personas actúan sobre los objetos de su mundo e interactúan con otras personas a partir de los significados que los objetos y las personas tienen para ellas, es decir, a partir de los símbolos. Este permite, además, trascender el ámbito del estímulo sensorial y de lo inmediato, ampliar la percepción del entorno, incrementar la capacidad de resolución de problemas y facilitar la imaginación y la fantasía.
- Los significados son producto de la interacción social, principalmente la comunicación, que se convierte en esencial, tanto en la constitución del individuo, como en (y debido a) la producción social de sentido. El signo es el objeto material que desencadena el significado, y este, el indicador social que interviene en la construcción de la conducta.
- Las personas seleccionan, organizan, reproducen y transforman los significados en los procesos interpretativos en función de sus expectativas y propósitos.

Otras de las premisas importantes son la distinción entre conducta interna y externa que presupone que el individuo se constituye en la interacción social (formación del yo social autoconsciente), y que no es posible entender el yo sin el otro, ni a la inversa, y que los grupos y la sociedad se constituyen sobre la base de las interacciones simbólicas de los individuos al tiempo que las hacen posibles. La manera como el interaccionismo plantea los objetos por investigar

son esencialmente los procesos de interacción a través de los cuales se produce la realidad social dotada de significado (65).

Según la autora, tanto la teoría sociocultural del aprendizaje de Vygotsky, la constructivista de Piaget y la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel, aportan elementos fundamentales a tomar en cuenta en el proceso de enseñanza y aprendizaje de los niños y adolescentes, ya que permiten transmitir la reconstrucción de significados y valores, a partir de su experiencia y lo que se pretenda incorporar.

Al añadir la teoría de interaccionismo simbólico se puede analizar y entender la perspectiva del significado que le dan a categorías físicas, sociales y abstractas los adolescentes, producto de la interacción contextual y social de su cultura y comunidad rural. Le permite visualizar desde su configuración el significado de la salud sexual, para así aplicar un modelo educativo que permita dar un nuevo significado al objeto o tema.

Se tomó en cuenta el interaccionismo simbólico en la fase diagnóstica de esta investigación y en el ámbito cualitativo, como fundamento teórico para interpretar el proceso en que vive el adolescente en torno al significado de la salud sexual para su aprendizaje, y desde la mirada de líderes, padres de familia y autoridades del Instituto Nacional de Educación Básica Santa Cruz de Chinautla.

En resumen, las teorías y modelos expuestos en este estudio analizan los problemas y necesidades de la población de estudiantes y orientan hacia la toma de decisiones de forma sistemática y planificada, en conjunto con las personas responsables de los jóvenes, lo cual permite orientar la sostenibilidad y sustentabilidad de las acciones.

1.4 Una mirada a la salud sexual de los adolescentes en algunos países

Informes internacionales dan evidencia de los problemas de salud por falta de educación sexual que se generan a nivel mundial; tales son los casos de VIH, violencia, disfunciones sexuales, ITS, embarazos no deseados en adolescentes, que muestran la necesidad de información, orientación y atención a este grupo poblacional y consecuente adopción de medidas, tanto por parte de organismos e instituciones gubernamentales, como no gubernamentales, en especial, el sector de la salud (67) (68) (69).

En relación con estudios realizados a nivel internacional se pueden citar el de la Ciudad de Toledo, España, que evaluó el resultado de una intervención dirigida a estudiantes de 4º curso de enseñanza secundaria de cinco centros educativos en esta ciudad. El estudio evidenció que la educación sexual abordada con elementos de tipo informal, formal y no formal, a partir de la planificación de los adolescentes implicados, con supervisión de un docente, mostró en los posttest una mejora significativa en conocimientos sobre métodos anticonceptivos e ITS como el VIH, así como cambios en su actitud frente a las personas con VIH positivo (70).

Otro estudio en España de índole epidemiológico sobre comportamientos de riesgo en adolescentes escolarizados de dos poblaciones, semirural y urbana, describió la relación entre sí y con el lugar de residencia de comportamientos de riesgo de adolescentes de enseñanza media, en el municipio de Córdoba (semirural) y de un instituto de Las Palmas de Gran Canaria (urbana). Los resultados principales fueron que los adolescentes del área urbana tienen mayor riesgo de beber en exceso los fines de semana, que les ofrezcan drogas y de consumirlas, así como de mantener relaciones sexuales, no practicar ejercicio, entre otros, respecto a los que residen en zona rural. Los comportamientos de riesgo están interrelacionados e influidos por el hábitat y se inician al comienzo de la adolescencia (71). Resultados similares evidencian

otros estudios en el mismo país sobre comportamientos de riesgo entre los adolescentes latinoamericanos y adolescentes autóctonos de España, y son los primeros quienes asumen conductas de mayor riesgo por no usar protección, mayor número de parejas sexuales y consumo de drogas (72).

En el artículo “Salud y juventud” realizado por el Consejo de la Juventud de España con jóvenes entre 13 y 29 años, afirma que hablar de los problemas de salud de los jóvenes es hablar, sobre todo, de accidentes de tráfico, de sida y de problemas de salud relacionados con la sexualidad; el consumo de drogas y la alimentación, la actividad física, la salud mental y la necesidad de promoción de estilos de vida saludables. También informa que la mayor parte de los jóvenes declara que su salud es buena o muy buena. En relación con el inicio de las relaciones sexuales con penetración se obtuvo que los jóvenes de menos edad iniciaron sus relaciones más temprano que los que tienen más de 18 años; de estos últimos, algunos de ellos han declarado tener relaciones a diario, semanal y otros de forma mensual. También se encontró que tienen conocimientos de prevención de VIH y uso del preservativo, aunque este último no lo usan a pesar de conocerlo, la situación afectiva de los jóvenes varía con la edad, el sexo y el ámbito. Otro aspecto interesante es que refieren una mayor estabilidad de pareja por parte de las mujeres adolescentes, respecto de los hombres adolescentes, especialmente en el medio rural (73).

El mismo estudio (73) destaca que el embarazo adolescente está con mayor proporción en el área rural respecto a la urbana, (muy similar condición a la de Guatemala, en Latinoamérica y el Caribe (49). Otros resultados evidencian, interrupción voluntaria del embarazo o abortos espontáneos en mujeres de 16 años de edad y riesgos asociados a la sexualidad, anatomía y fisiología del cuerpo humano (74).

En Estados Unidos, en un estudio sobre los efectos de la pobreza en la escuela y el conocimiento de la salud sexual en el adolescente, se encontró asociación

en la variable pobreza y efectos negativos en la salud sexual. Las escuelas con alumnos que viven en extrema pobreza, los jóvenes tienen riesgos de embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual producto del bajo conocimiento, contrario a las escuelas con mayor nivel socioeconómico (75). Otro estudio que examina factores múltiples asociados con el embarazo entre las adolescentes urbanas del mismo país, muestra que la ausencia del padre en el hogar, el apoyo familiar, el riesgo social del barrio en que viven se relaciona positivamente o negativamente con el embarazo en adolescentes (76), la misma dinámica se registra en estudios hechos en juventud sudafricana (77).

En América Latina y el Caribe el porcentaje de la población adolescente es de 10 a 19 años de edad es de 18.7 millones². El porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años de edad que reportan un parto antes de los 18 y antes de los 15 lo constituyen un 18 % y 2 % respectivamente (78). Otro informe de Onusida estima que en 2012 las personas que viven con sida son 35.3 millones en el mundo, la proporción de mujeres de América Latina con VIH positivo ha bajado en comparación a 2001 y en relación con el porcentaje de los hombres; las mujeres que han sido víctimas de violencia tienen un 50 % más probabilidad de vivir con VIH. En las relaciones heterosexuales sin protección, la mujer tiene el doble de probabilidad de contraer el VIH de un amante infectado que un hombre de una amante con VIH. A esto se añade el hecho de que, además de su mayor vulnerabilidad biológica, las mujeres adolescentes y mayores son especialmente vulnerables al VIH a causa de la desigualdad de género. La desigualdad sexual de las mujeres pone en peligro sus vidas (79).

Otro estudio refiere que en Colombia el 19.6 % de la población es adolescente, segundo grupo poblacional en magnitud después de los adultos jóvenes, tiene un inicio temprano a la vida sexual, por el difícil acceso a la educación. El 11 % de las mujeres comienza la actividad sexual antes de los 15 años, y los

² Se define: Población joven: 10 a 24 años; jóvenes: 15 a 24 años; adolescentes: 10 a 19 años de edad.
(144) (145)

problemas más frecuentes son el embarazo no deseado y salud mental, entre otros. Uno de cada 5 adolescentes ya comenzó su ciclo de reproducción, lo que conlleva a abortos provocados, situación que guarda estrecha relación con aquellos que tienen nivel de escolaridad bajo, estratos socioeconómicos más desfavorables y los que residen en las áreas marginales. También se encontró que el 63 % de adolescentes no usa métodos de anticoncepción y solo el 10 % lo utiliza en su primera relación sexual (80).

El estudio añade que las circunstancias que aumentan el riesgo de embarazo son ausencia de programas de salud sexual, creencias no adecuadas sobre la actividad sexual, validación social de uniones no formales, presión de amigos y medios de comunicación que aprueban la práctica sexual temprana (80). Otro estudio realizado en Bogotá señala que la disfunción familiar aumenta el riesgo en las relaciones sexuales en los adolescentes (81).

Información proveniente de un estudio en Chile con la población adolescente, que constituye el 17.8 % de la población total. Se mostró que el inicio de la actividad sexual se diferencia por sexo (16 años para varones y 17 para mujeres), los jóvenes con menor nivel socioeconómico se inician sexualmente a edades más precoces, un año antes para ambos sexos. El número de parejas sexuales de 18 a 19 años en ambos sexos declaradas es dos o más, esta situación va en aumento progresivo con el tiempo. El uso de protección de acuerdo con el nivel socioeconómico es mayor, 77 % en el nivel alto y un 64 % y 59 % en el nivel medio y bajo, respectivamente. En cuanto al uso de los métodos anticonceptivos el 70 % en varones y 63 % de las mujeres no utilizan protección en su primera relación sexual (82).

Por su parte en México, el censo de 2000, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística, reveló que el 20.7 % de la población son adolescentes. Vicente Díaz Sánchez, director de la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (Mexfam), señala que la edad promedio en la que los adolescentes inician su

vida sexual es a los 15.2 años, lo cual a su vez conlleva a que anualmente se registren cerca de 25 mil embarazos en mujeres menores de 19 años que terminan en abortos y representan el 10 % de los que se detectan a nivel nacional. En el 2000 se registraron cerca de 366 mil nacimientos en madres menores de 19 años, que representan el 17 % del total, los riesgos que se generan son las ITS, VIH y embarazos no planeados (83).

En 2006, el 12 % de las mujeres mexicanas en las edades entre 15 a 19 años se habían casado, aproximadamente el 16 % en áreas rurales y 11% en zonas urbanas, además, una proporción importante de las mujeres adolescentes tienen relaciones sexuales antes de casarse. El 7 % de las mujeres en el rango de edad 15 a 19 años solteras reportaron haber tenido experiencia sexual; la proporción fue de 8 % en las áreas urbanas y de 4 % en las rurales. Estos hallazgos indican que en la capital del país y en los estados que la circundan, una de cada siete y una de cada ocho mujeres adolescentes están en riesgo de quedar embarazadas antes del matrimonio (y también de contraer ITS), sobre todo, si ellas y sus parejas no utilizan métodos anticonceptivos de forma consistente y efectiva (84).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Costa Rica, en 2010 indican que las personas de 15 a 44 años que declararon la edad de inicio de las relaciones sexuales, arrojó el 22 % de los hombres y el 11.2 % de las mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años. Un 67.9 % de los hombres y un 51.4 % de las mujeres las iniciaron antes de cumplir los 18 años. La primera relación sexual ocurrió, para casi toda la población de 15 a 44 años, antes de los 24 años (96.3% de los hombres y 93.4% de las mujeres). Entre la población de 15 a 19 años que ha tenido relaciones sexuales, el 87 % de los hombres y el 91 % de las mujeres, la primera vez fue con novios/as y amigos/as. En relación con el condón, solamente el 43.7 % de las mujeres y un 66.1 % de los hombres lo utilizaron en la última relación sexual. En materia de educación y prevención, el

reconocimiento de las principales formas de prevención del VIH y otras ITS (como uso del condón y fidelidad) es superior al 90 % en toda la población, con una cifra discretamente superior en los hombres, con una importante desventaja en las zonas rurales, donde persisten también, de forma bastante generalizada, creencias incorrectas sobre las formas de transmisión del VIH (85).

1.5 Panorama sobre las necesidades de educación en salud sexual para adolescentes

En cuanto a la educación no formal e informal, hacia el 2000, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD)-El Cairo propone líneas de trabajo en educación en población, y considera una estrategia de Información Educación y Comunicación (IEC) que implica la conjunción de acciones respecto a relaciones interpersonales, el uso de los medios de comunicación y la ambientación socio comunitaria, en cualquier tipo de educación, deberán estar siempre debidamente articulados. La estrategia de IEC se convierte también en un eficaz instrumento de apoyo para la acción programática de las líneas prioritarias de los programas de población, como la salud reproductiva y planificación familiar (86) (87).

A juicio de la autora, uno de los grupos prioritarios beneficiarios de la educación en población es sin duda el de jóvenes y adolescentes; y particularmente en la región deben priorizarse los jóvenes indígenas y los residentes en poblaciones marginales, por el alto riesgo en que viven, dado su bajo nivel de escolaridad y el de su familia, la pobreza en que viven y el poco acceso a los servicios de salud, lo cual los convierte en los más expuestos a contagiarse con una ITS o VIH o a morir a consecuencia de un embarazo no deseado. Para mejorar esta situación es necesario definir mecanismos claros de articulación entre las acciones educativas del sector formal, no formal y el informal con las de información y comunicación en población.

Asimismo, existen carencias en la educación, a ello se suma la baja calificación y preparación de los maestros rurales, para esto se debe fomentar el estímulo de las capacidades y los aspectos psicológicos, como la autoestima, la curiosidad, la capacidad de pensamiento independiente y de iniciativa propia (88). Todo esto para llegar con claridad a poblaciones y grupos sociales más desfavorecidos, como el caso de mujeres y jóvenes pobres, además indígenas de zonas rurales a quienes se debe considerar al promocionar y educar con mensajes apropiados a sus necesidades, intereses y valores culturales en lo que respecta a las ya mencionadas áreas programáticas en población y desarrollo (87).

En África subsahariana, existen estudios sobre programas de salud sexual eficaces en la población adolescente que se han desarrollado en las escuelas, centros de salud y los programas realizados directamente en la comunidad, que han mostrado efectos positivos en el conocimiento del VIH, la percepción del riesgo personal de contraer el VIH; la autoeficacia para negociar el uso de preservativos, la abstinencia de relaciones sexuales, la reducción en el comportamiento sexual de alto riesgo, las pruebas de laboratorio de ITS y tratamiento. Estos programas han producido un cambio positivo en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (89) (90).

En Cuba, en el estudio sobre “Necesidades de aprendizaje en salud sexual y reproductiva en estudiantes de enfermería”, se describe que es baja la percepción del riesgo de un embarazo o de contraer una ITS, hay cambio frecuente de parejas y un elevado número de parejas sexuales, tanto en el sexo masculino como en el femenino. También se evidenció un comienzo temprano de las relaciones sexuales, disminución en el uso del condón con parejas ocasionales y/o estables y desconocimiento de las elementales medidas para la prevención. Estos resultados hablan de que a pesar del elevado nivel de instrucción de la población cubana, hay problemas en los comportamientos referidos a la sexualidad en los adolescentes, lo que hace pensar en la

presencia de otros factores que median el efecto positivo de la instrucción. Esto refuerza las necesidades de aprendizaje y de crear habilidades adecuadas en esta esfera de la vida que necesita la población adolescente, las cuales deben venir desde los propios adolescentes, tanto desde su contenido, como en las formas a utilizar (91) (92).

En Perú, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), las posibilidades de tener relaciones sexuales en la adolescencia bajan considerablemente solo cuando las mujeres han recibido 10 años o más de estudios; mientras que en Trinidad y Tobago, incluso el elevado nivel de instrucción no reduce considerablemente las posibilidades de tener relaciones sexuales en la adolescencia. En el mencionado informe se asocia que a mayor nivel de instrucción, niveles bajos de actividad sexual (49).

Ahora bien, independientemente de los aspectos antes señalados, la investigadora considera que hay relación entre el inicio sexual y nivel educativo, y que cuanto más instruida es la mujer, menor posibilidad habrá de que tenga una actividad sexual en la adolescencia. La relación entre el nivel de instrucción y el inicio de la actividad sexual es particularmente notorio en Colombia, República Dominicana, Guatemala y México, donde las mujeres que han recibido 10 años o más de escolaridad tienen tres o cuatro veces menos posibilidades de empezar sus vidas sexuales antes de cumplir 20 años que las que han recibido solo cuatro años.

Otro estudio realizado en Cuba con estudiantes evidencia que ejercen una fuerte influencia para la educación sexual la televisión, el apoyo familiar, sentirse amados, aceptados y apoyados, todo lo cual propicia una sexualidad responsable y placentera. También se plantea que la madre es la que mayor influencia tiene sobre la orientación sexual, que hay problemas en el concepto de sexualidad responsable, en el uso del preservativo y otros anticonceptivos.

La percepción de riesgo no todos la poseen correctamente, el indicador más frecuente para continuar las relaciones sexuales es si la primera relación sexual fue satisfactoria; hay un alto porcentaje de estudiantes que manifestó la necesidad de adquirir conocimientos sobre educación sexual e ITS (93).

La autora considera que los estudios de este orden, muestran que los adolescentes inician cada vez más temprano su vida sexogenital, que la experimentan de manera activa, sin usar las protecciones adecuadas y necesarias, y que ello conduce a riesgos. Por tanto, es necesaria la introducción de procesos de educación formal, no formal e informal, de promoción de la salud sexual, orientados a mujeres y hombres para mejorar su bienestar en los procesos afectivos, de socialización y en la calidad de vida.

Desde la perspectiva cualitativa los estudios son escasos, sin embargo, se muestran evidencias en relación con investigaciones sobre la educación sexual en el adolescente, como el estudio de sexualidad adolescente sobre sus conocimientos actitudes y prácticas en la zona rural de Guatuso, de San José Costa Rica. En él se refiere que la construcción social de las identidades masculinas y femeninas de la población adolescente está marcada desde la infancia por patrones sexistas tradicionales y estereotipados, pautas culturales propias de la zona e influenciada por las instituciones sociales (la familia, los medios de comunicación, la educación y la religión). El trabajo muestra que existe carencia de información y orientación sobre las posibilidades reales para estructurar sus proyectos de vida por limitaciones socioeconómicas y perturbación de modelos genéricos, se destaca los conocimientos y actitudes sobre la sexualidad y las relaciones de pareja adolescentes, que están matizadas por tabúes, mitos, estereotipos y desinformación (94).

Los trabajos revisados reflejan en gran medida, y la autora coincide con este criterio, que en la adolescencia existe desconocimiento de una concepción integral de la sexualidad y de las implicaciones de las conductas de riesgos. En

la adolescencia, los conocimientos están muy referidos al plano genital, marcados por los valores morales del grupo donde viven, muchos de los cuales tienen referentes negativos sobre la sexualidad, incluso en lugares donde el conocimiento sobre sexualidad es alto, continúan los problemas con las conductas de riesgos, ya que los conocimientos que se le han brindado no han creado suficientes habilidades para lograr una sexualidad responsable.

En el caso de Guatemala esta problemática se agudiza dadas las condiciones de pobreza y bajo nivel cultural de gran parte de la población, en mayor medida en las comunidades rurales, donde fundamentalmente radican las poblaciones indígenas, todo lo cual propicia poca comunicación por parte de la familia con el adolescente sobre el tema de la sexualidad. En este contexto, la educación e información sobre sexualidad son muy limitadas, existe desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de los hombres, hay desinformación y mitos sobre las enfermedades de transmisión sexual. En este escenario, las fuentes a las que acude el adolescente no son las mejores e inician una vida sexual desprotegida, en la cual aparecen de forma temprana los embarazos no deseados, los que en muchas ocasiones terminan con la muerte materna, o con niños que tiene que enfrentarse a la vida en condiciones de absoluta exclusión social.

1.6 Situación actual de la salud sexual del adolescente en Guatemala

En Guatemala hay estudios (25) que abordan a grupos de adolescentes con temas sobre los ideales a los cuales debe aspirar el adolescente, tales como ser respetuoso o no tener vicios, hablar correctamente, estar ocupado, no relacionarse con mujeres “fáciles o regaladas”. Al indagar sobre el tema de la virginidad el 65 % considera que la mujer debe de llegar virgen al matrimonio, mientras que un 53 % considera lo mismo para los hombres. En la recreación y disposición de tiempo libre expresan que los hombres tienen más libertad de movimiento que las mujeres, los padres dejan salir más a los hombres a

recrearse y a estudiar, pues consideran que la mujer corre mayor peligro por el hecho de ser mujer, todo lo cual expresa diferencias de género. Sus aspiraciones personales giran en torno a tener una profesión en el futuro, sin embargo, esta se ve afectada por el matrimonio, en el caso de las mujeres.

El mismo estudio (25) indaga sobre las relaciones entre el hombre y la mujer en la adolescencia. En este sentido se encontró diferencias entre los adolescentes del área urbana y regiones rurales del país, pues los primeros consideran que puede existir una relación de amistad entre hombre y mujer en la adolescencia, por su parte los de la provincia del país opina que una mujer que tiene novio no puede tener amigos. Respecto a la relación de noviazgo expresaron que entre sus pares algunos tienen relaciones sexuales. En cuanto a las ITS se evidencia mayor conocimiento en el grupo de adolescentes de colegios privados que aquellos que no tienen escolaridad.

De este estudio puede inferirse que la mayoría de los adolescentes está poco informados sobre sexualidad y reproducción humana, que algunos consideran la masturbación como una relación sexual. Otro aspecto de interés es que tienen una muy baja percepción de riesgo de embarazo y de contraer una ITS, también hay conciencia de la violencia y abuso sexual, todo lo cual manifiesta la presencia de un problema de grave consecuencias para la salud pública guatemalteca.

Por aparte, en otro estudio (95) que aborda la sexualidad en adolescentes de Guatemala, Bolivia, Ecuador y Perú se evidencia que hay deficiencias educativas sobre el tema de la sexualidad, sobre todo, en grupos indígenas, similares al incluido en la investigación, ya que es un tema considerado como tabú para familiares y los pares, lo que impide una información adecuada y propicia riesgos a la salud integral del adolescente.

El trabajo antes mencionado revela que “desde la perspectivas de las culturas indígenas el inicio de la sexualidad de los indígenas adolescentes comienza entre los 13 y 14 años”, ya que la sexualidad pauta el ingreso a una etapa de transición entre la niñez y la vida adulta que no está marcada por rituales especiales, ni definida con contenidos precisos en el marco de la cosmovisión. Las vivencias de la autora ratifican que los valores actuales en los adolescentes de la sociedad guatemalteca han cambiado, debido a una serie de determinantes socioambientales que en su mayoría se convierten en factores de riesgo

En Guatemala para 2011 aproximadamente 56 615 adolescentes quedaron embarazadas. Durante enero y febrero de 2013, se reportan 112 partos en adolescentes comprendidas entre 10 y 14 años de edad, los cuales, según la ley, se consideran violaciones sexuales (96). Las familias formadas por adolescentes se encuentran en el segmento de 13 a 17 años y el 0.5 % en edades comprendidas entre los 10 y 12 años, el 4 % de estas declara haber tenido hijos, de los cuales 0.45 % es en niñas de 10 a 12 años equivalente a 4000 de ellas, condición más común en indígenas del área rural (97). El mismo informe muestra que la primera pareja sexual en niñas y adolescentes ha sido el novio, prometido, amigo, desconocido, familiar y, que ha sido incluso antes de los 13 años.

Por otra parte, en Guatemala el 3 % de las adolescentes de las zonas rurales, comparado con el 21 % de las urbanas, usan un método anticonceptivo. En El Salvador, México y Perú también se observan grandes diferencias entre la residencia urbana y la rural, de acuerdo con lo descrito en el Informe para el Fondo de Agricultura para las Naciones Unidas (88).

El 20 % de los embarazos en Guatemala provienen de adolescentes y un 69.6 % de mujeres de 20 a 35 años (98). El inicio prematuro de la vida sexual, especialmente cuando se encuentra aunado a la falta de educación integral en

sexualidad desde las escuelas y las familias, puede tener consecuencias negativas, tales como mayores probabilidades de adquirir una ITS, de tener embarazos no deseados, complicaciones obstétricas y perinatales, deserción escolar, menores posibilidades laborales y menores ingresos. Hay alto riesgo derivado de la falta de uso de dichos métodos con propósitos de planificación familiar o prevención de ITS. La ruralidad, la pobreza y el nivel educativo bajo, las tradiciones culturales, la ausencia e insuficiencias de las políticas dirigidas a mejorar la situación de los adolescentes, son condiciones que colocan a hombres y mujeres jóvenes en una mayor vulnerabilidad (99).

Se puede mencionar que Guatemala ocupa el 5º lugar entre los países de América Latina y el Caribe con un alto nivel de muertes maternas por cada 1000 nacidos vivos, por debajo de Ecuador, Bolivia, Guayana y Haití, con una razón de mortalidad materna del 2010 al 2012 de 119, 105, 100 respectivamente, y en relación con los datos de la línea basal del año 2000 que era de 153, que aunque menor, resulta aún muy elevada, además son las mismas causas las que colocan en constante riesgo de muerte a la mujer en el parto, en especial a la indígena, pobre y del área rural, donde las adolescentes ocupan un lugar importante (100) (101).

1.6.3 Conclusiones del capítulo

Hasta aquí, lo analizado, muestra la importancia de la educación de la salud sexual en el adolescente, ya que la situación actual refleja serios problemas que repercuten en diferentes esferas de la vida del individuo, en la familia y en la comunidad, que exigen de acciones que logren mejorar el bienestar del joven, sobre todo, si se tiene en cuenta que los adolescentes de hoy son los hombres de mañana.

En este sentido, resalta la necesidad de adentrarse en el ámbito de la promoción y educación para la salud sexual, pero de una forma negociada,

tanto con los adolescentes, como con su familia y la comunidad, para que las acciones que se diseñen tengan éxito, sobre todo, si se trabaja con adolescentes indígenas, para quienes hay que tomar en cuenta las tradiciones, cultura y tabúes de su etnia relativas al sexo. Hay que tener claro que la educación en el ser humano no se sitúa en la historia como un hecho aislado, se vincula y despliega con las diversas orientaciones filosóficas, sociales, culturales, étnicas, religiosas y políticas que han influido en ella.

Para el diseño de una estrategia educativa dirigida a modificar conocimientos y comportamientos se requiere del uso de un modelo teórico que propicie un diseño de acuerdo con los objetivos de la misma. Existen diferentes modelos teóricos, todos útiles para representar los fenómenos sociales que afectan o impactan positiva o negativamente la salud de las personas y que permiten formular de forma efectiva intervenciones que promuevan el bienestar o la salud y con experiencias positivas de aplicación en el campo de la salud. En el caso de este trabajo se consideró más adecuado el modelo Precede-Procede.

En el campo de la salud sexual del adolescente se han realizado múltiples investigaciones que han arrojado valiosa información sobre los principales problemas y diferencias por países, no obstante aún se reflejan deficiencias de conocimientos, fundamentalmente en las zonas rurales y en la población indígena. Hay otros países con altos niveles de conocimientos sobre sexualidad, sin embargo, los comportamientos referidos a este aspecto no están en correspondencia con los mismos, lo que habla de la necesidad de crear habilidades en los adolescentes que permitan negociar y asumir relaciones sexuales responsables.

Capítulo II

Bases legales que apoyan el derecho a la salud sexual del adolescente en Guatemala

Capítulo II

Bases legales que apoyan el derecho a la salud sexual del adolescente en Guatemala

Introducción

En este capítulo se describe el contenido de documentos con elementos que fortalecen desde la perspectiva política y legal la salud sexual del adolescente en el ámbito internacional y en Guatemala para la promoción y educación en salud. Estos permiten argumentar y sustentar las acciones que se puedan implementar en una estrategia educativa como un derecho y un deber con el individuo, familia y comunidad.

Se comienza por los derechos humanos, pues se considera una primicia para dar inicio a procesos que beneficien a la población. Luego se enuncian elementos contenidos en la Declaración Universal de Derechos de la Niña y el Niño, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos y Sociales, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. A nivel nacional se profundiza en la Constitución Política de la República de Guatemala que como carta magna respalda legal y públicamente la promoción de la salud y las acciones de intervención estratégica educativa.

Otros documentos importantes referidos son: los Acuerdos de Paz posterior al conflicto armado interno en Guatemala, la Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar, Decreto Número 97-1996, la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, la Política Nacional de la Juventud, el Código de Salud, la Ley de Desarrollo Social, la Política Nacional de Juventud, Código de Salud de Guatemala, Ley de Desarrollo Social, el Programa de salud reproductiva, entre otros.

2.1 Bases legales para la promoción y educación en la salud sexual en el ámbito internacional y en Guatemala

La educación en salud sexual en los adolescentes debe ser una prioridad, ya que cada día muchos indicadores se han incrementado, como el caso de los embarazos en las adolescentes y, particularmente, en menores de 15 años, sobre todo, en los niveles socioeconómicos más desfavorecidos. Esto evidencia la necesidad de establecer procesos que fomenten la promoción de la salud sexual a través de la educación y la abogacía por parte de las diferentes organizaciones a distintos niveles y, en particular, en la comunidad donde debe lograrse una adecuada implementación y desarrollo sostenible y sustentable.

En Guatemala, la Ley nacional de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, Decreto 27-2003, define la adolescencia desde los 13 años hasta que cumplan 18. Por su parte, la Política Nacional de la Juventud 2012-2020, lo considera como el período de la vida comprendido entre los 13 y 24 años, y bajo este criterio se enuncian los compromisos y bases legales que legislan la salud sexual desde el ámbito internacional y nacional (102) (103).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el artículo 25, refiere que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, su familia, la salud y el bienestar, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; también aparece el derecho a la maternidad y la infancia y adolescencia con sus cuidados y asistencia especiales. Se puede añadir que en el artículo 26 se declara que toda persona tiene derecho a la educación, la cual debe ser gratuita, al menos en la instrucción elemental y fundamental, con el propósito del desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; en consecuencia favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre los diferentes grupos sociales (104).

Del mismo modo, en la Declaración Universal de los Derechos del Niño, Niña y el Adolescente, en el artículo 5, se establece la obligatoriedad de la orientación por parte de las madres y los padres, así como que los Estados respeten las responsabilidades, derechos y deberes de los padres y las madres y los que les proporcionarán el apoyo y orientación apropiada para que los jóvenes puedan ejercer los derechos que se enuncian en la convención de derechos en mención. También se describe en el artículo 29 las características de la educación que deben estar dirigidas a desarrollar la personalidad, aptitudes y la capacidad mental y física de cada adolescente hasta el máximo de sus posibilidades, los que deben aprender a respetar los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas (105).

El pacto internacional de los Derechos Económicos y Sociales reconoce el derecho individual a la familia y comunidad, las cuales deben contar con seguridad social que permita la máxima protección y asistencia, y que la educación conduzca al pleno desarrollo de la personalidad humana; hace énfasis en la mujer, su cuidado antes y después del parto y una especial atención a los adolescentes sin discriminación alguna de etnia o religión y que toda acción sea en pro de su desarrollo normal de forma participativa (106).

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo centra su atención en hombres y mujeres con respecto a la atención de sus necesidades básicas, por lo que en sus programas de acción educativa, informativa y de comunicación tienen la finalidad de reducir los niveles de mortalidad infantil y materna, así como las infecciones de transmisión sexual principalmente el VIH. También resalta la igualdad de los sexos y alienta a los hombres a que se responsabilicen con su comportamiento sexual y reproductivo y a que asuman su función social y contribuyan a promover la salud y bienestar de la familia de niños y adolescentes. La conferencia insta a los países a que creen un entorno socioeconómico favorable a la eliminación de todos los matrimonios y demás

uniones de niños y a que desalienten los matrimonios en edad muy temprana (7).

En la misma conferencia se enfatiza sobre los derechos reproductivos y se señala que la atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual y la paternidad responsable, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales con pleno uso de su razón, mediante la promoción y educación que favorezca una buena toma de decisiones, en lo que respecta a la sexualidad humana. Todo ello posibilita promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable, con relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos, donde se incluye el apoyo a actividades y servicios en materia de educación sexual integrada para los jóvenes, con la asistencia y orientación de sus padres, familia y comunidad (7).

Por otra parte, se encuentran los compromisos a nivel internacional sobre los **Objetivos de Desarrollo del Milenio** en relación con los objetivos tres, cuatro y cinco referidos a la reducción de las tasas de fecundidad en adolescentes, las ITS, principalmente, el VIH y el empoderamiento de la mujer. Además se establece el compromiso por parte de los países en vías de desarrollo para dar un mayor impulso para lograr un progreso acelerado respecto de la salud de las mujeres, niños y adolescentes. De acuerdo con los criterios de la autora Guatemala no refleja un cambio sustentable ni visible en estos aspectos (107).

Dentro de los argumentos legales vinculados con la salud sexual, en Guatemala y para su aplicación en el ámbito local que justifican la promoción de la salud sexual se puede citar la **Constitución de la República de Guatemala**, donde se describe en sus artículos del 1 al 5 la protección del Estado a la persona y a la familia. Su fin supremo es la realización del bien común y garantizarles a los habitantes la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona (108). Así mismo los artículos 47, 51 y 56 de la Constitución se refieren a la protección de la familia, menores y a evitar

acciones que causen desintegración familiar. En este sentido, refiere que el estado promoverá la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos, así como la protección a la salud física, mental y moral de los menores de edad. También señala que les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad y previsión social. Añade que el Estado deberá tomar las medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación adecuadas para hacer efectivas dichas acciones, por el bienestar del individuo, la familia y la sociedad (108), sin embargo, la realidad guatemalteca dista mucho de lo antes referido, según vivencias de la autora.

Con respecto a la educación, los artículos 71, 72 y 73 de la constitución se refieren al derecho a la educación, por lo que se garantiza la libertad de enseñanza y de criterio docente, así como la obligatoriedad de proporcionar y facilitar educación a sus habitantes sin discriminación alguna. Se declara de utilidad y necesidad públicas la fundación y mantenimiento de centros educativos y culturales. Expresa que la educación tiene como fin primordial el desarrollo integral de la persona humana, el conocimiento de la realidad y cultura nacional y universal, la instrucción, la formación social y la enseñanza sistemática; es importante resaltar que la familia es fuente de la educación y los padres tienen derecho a escoger la que ha de impartirse a sus hijos menores (108).

La autora considera que la salud sexual del adolescente, bajo la perspectiva de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos y Sociales, la Declaración Universal de los Derechos del Niño, Niña y el Adolescente y la Constitución de la República de Guatemala, debe estar dirigida a garantizar y fundamentar el actuar de las diferentes organizaciones sociales y comunitarias y de la propia población desde una perspectiva saludable en sus diversos ámbitos de desempeño. Además la misma debe incluir acciones en consonancia con su cultura, etnia, religión, entre otros.

De acuerdo con la historia y realidad guatemalteca es importante acotar en este capítulo la suscripción de los **Acuerdos de Paz**, posterior a el enfrentamiento armado. Estos proponen una agenda integral que orienta al desarrollo e incluyen aspectos fundamentales que llevan al bien común, con participación ciudadana para la elevación del nivel de vida, la salud, la educación, la seguridad social y la capacitación de sus habitantes con la intervención de organismos del estado, fuerzas sociales y políticas nacionales. Los acuerdos establecen la asesoría de las poblaciones y principalmente de la mujer, al tomar en cuenta su cultura y cosmovisión como su participación activa en el desarrollo social, y en el ámbito de la salud a través de programas que informen, prevengan, promuevan la salud, atiendan y recuperen a nivel individual, familiar y comunitario, promueve la atención primaria, en especial, la materno infantil, misma que conlleva deferentes acciones dentro de las que cabe tomar en cuenta la promoción de la salud sexual (109).

La Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar, Decreto Número 97-1996, al considerar que el Estado de Guatemala garantiza la igualdad de todos los seres humanos en dignidad y derechos del hombre y la mujer, regulará la aplicación de medidas de protección necesarias para garantizar la vida, integridad, seguridad y dignidad de las víctimas de violencia intrafamiliar; asimismo tiene como objetivo brindar protección especial a mujeres, niños, niñas, jóvenes, ancianos y ancianas, y personas, discapacitadas, al tomar en consideración las situaciones específicas de cada caso (110). La promoción de la salud sexual en la adolescencia es fundamental para que los jóvenes establezcan diferencias entre lo correcto e incorrecto como factor protector de la violencia, sobre todo, la sexual.

Por su parte, la **Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia** constituye un instrumento jurídico que si se aplicara correctamente posibilitaría a la familia lograr el desarrollo integral y sostenible de los adolescentes guatemaltecos dentro del marco de los derechos humanos. Sobre todo, en los

grupos que tienen necesidades insatisfechas, el estado debe promover lo necesario para lograr un adecuado desarrollo físico, mental, social y espiritual, seguridad, integridad de la persona, educación, cultura, deporte, recreación, salud, convivencia familiar y comunitaria, entre otros. También se destaca el acceso a los servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento y recuperación de las enfermedades (102).

También **la Política Nacional de Juventud** mediante sus objetivos plantea mejorar las condiciones de salud y calidad de vida, al privilegiar su desarrollo integral con la consecuente promoción de cambios a través de proyectos, dirigidos a la participación de la gente joven, con equidad de género y un enfoque étnico. Todo ello dirigido a lograr el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y se basa en principios de corresponsabilidad, difusión, gestión pública, inclusión y diversidad, integralidad, territorialidad y universalidad a través del cumplimiento de líneas de acción en torno a la educación (103).

El **Código de Salud de Guatemala**, vigente desde de 1990, tiene sustento legal para fundamentar toda acción en la salud sexual de los adolescentes, pues en sus principios estructurales se fundamenta y entrelaza con el componente esencial de la promoción de la salud, como se describe en el artículo 1, 2, 3, 4 y 5 sobre el derecho a la salud, al exponer que “todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, que esta es un producto social, resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo”, para velar, mejorar y conservar su salud personal, familiar y comunitaria. El artículo 27 plantea acerca de la formulación de planes y programas, que el Ministerio de Salud participará de manera conjunta con las universidades y las instituciones formadoras de recursos humanos en salud.

El mismo código, del artículo 37 al 41 brinda una sólida justificación legal en lo referente a las acciones de promoción orientadas a fomentar el normal desarrollo físico, mental y social. En este sentido expresa que las acciones de promoción deben estar dirigidas a mantener y mejorar el nivel de la salud, mediante la adopción de estilos de vida sanos con énfasis en el cuidado personal, el ejercicio físico, mediante la participación activa con los programas diseñados para su fácil comprensión, donde se valore, respete y considere las creencias, costumbres y prácticas, así como su idioma. La prevención estará dirigida a interrumpir la cadena epidemiológica de las enfermedades, tanto a nivel del ambiente, como de la protección a la población. En la salud de la familia, el Estado desarrollará acciones tendientes a promover la salud de la mujer y la niñez con un enfoque integral del ambiente físico y social, a nivel de la familia, así como la aplicación de medidas de prevención y atención del grupo familiar en las diversas etapas de su crecimiento y desarrollo, que incluyen aspectos de salud reproductiva. (36)

También la **Ley de Desarrollo Social** en su artículo 1 tiene por objeto la creación de un marco jurídico que permita implementar los procedimientos legales y de políticas públicas para llevar a cabo la promoción, planificación, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación, encaminado al desarrollo de la persona humana en los aspectos social y familiar. La ley manifiesta en el artículo 16, inciso 4, en relación con la niñez y la adolescencia, que crea y fomenta la prestación de servicios públicos y privados para dar atención adecuada y oportuna en situación de vulnerabilidad y, de esta forma, promover su acceso al desarrollo social.

En la misma ley, los artículos del 24 al 26, en materia de salud sexual establecen el derecho a la participación en la promoción y defensa de la salud propia, y que la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social, en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con

una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable se tienen los hijos.

En lo que refiere el **Programa de Salud Reproductiva** por la Política Nacional de Desarrollo Social y Población se plantea que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en coordinación con el Ministerio de Educación (Mineduc), deben diseñar, coordinar, ejecutar y promover el Programa de Salud Reproductiva, y lograr que sea participativo, sin discriminación e incluyente, y que tome en cuenta las características, necesidades y demandas de mujeres y hombres. Este programa deberá apegarse a la Ley de Desarrollo Social, capítulo 8, que tiene como objeto esencial reducir los índices de mortalidad materna e infantil, hacer accesibles los servicios de salud reproductiva a las mujeres y hombres, proporcionar servicios de tratamiento y prevención de las ITS, del VIH/sida y atención a la población en edad adolescente, planificación familiar, entre otros, basados en información veraz, objetiva y ética, fundada en la naturaleza de las personas y de la propia sexualidad humana, completa y fácil de entender (111). La autora considera que a pesar de la forma clara y precisa en que aparecen todos estos aspectos legales que contribuyen a favorecer la salud sexual de la población y en particular de los jóvenes guatemaltecos, los problemas existentes muestran resultados muy contrarios a lo establecido, lo cual indica que las bases legales se quedan a nivel macro de la sociedad y que las acciones concretas que se diseñan desconocen estos aspectos

La Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, Decreto 87-2015, tiene como objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas, y la provisión de

métodos de planificación familiar por medio de las instancias públicas y privadas con acciones integrales que promuevan la formación integral del adolescente. El MSPAS, en coordinación con el Ministerio de Educación y otras organizaciones públicas y privadas sectoriales, deben incluir en la currículum de formación contenido sobre derechos y responsabilidades para la promoción y autocuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado, como factores de riesgo que contribuyen a la morbilidad, lo anterior con las debidas competencias en conocimientos, habilidades y destrezas para desarrollar la consejería (112).

Las Guías Nacionales de Planificación Familiar ofrecen a la población en general y a los adolescentes consejería en planificación familiar mediante la información y orientación al usuario para que tome decisiones informadas, voluntarias y confidenciales sobre su fecundidad; también sobre infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH y virus del papiloma humano. La autora considera que estas guías deben de ofrecer en primera plana temas que promuevan y promuevan la salud sexual para la toma de decisiones correcta y exclusiva para el grupo de adolescentes, también se debe de ofrecer orientación e información sobre estilos de vida saludable que sean factores protectores a prepúberes de ambos sexos (113).

Y para finalizar, el **Código Municipal, Decreto 12-2002** del Congreso de la República, en el artículo 257 de la Constitución Política de la República de Guatemala, señala que el Organismo Ejecutivo incluirá anualmente en el Presupuesto General de Ingresos Ordinarios del Estado, lo referido a ejecutar programas y proyectos de educación, salud preventiva, entre otros. En el artículo 45, se establece que hay que emitir el dictamen favorable para la autorización de establecimientos que por su naturaleza estén abiertos al público, a la discusión, aprobación, control de ejecución y evaluación de las políticas municipales de desarrollo de la juventud (114). Si bien está es una opción muy favorable para mejorar la salud sexual en la población

guatemalteca, la situación existente hace pensar que las acciones que se establecen carecen de integralidad y en realidad no están en consonancia con las tradiciones culturales del país, también podría pensarse en la falta de control, evaluación y monitoreo de las mismas.

Conclusiones de capítulo

En Guatemala aún subsisten serios problemas con la salud sexual, particularmente con los adolescentes, a pesar de que hay suficientes bases legales, bien específicas, que amparan la salud, la educación y la salud reproductiva de los guatemaltecos. Los indicadores disponibles muestran que no hay correspondencia entre lo que está legislado y la realidad del país, ya que Guatemala está entre los que peores condiciones presentan en su salud sexual, en la región latinoamericana.

Para lograr ejercer los derechos legislados vinculados a la salud sexual, la población en cada localidad debe establecer procesos de abogacía y empoderamiento sobre temas que beneficien a la población. Las bases legales ya existen solo hay que conocerlas y hacerlas efectivas dentro de los temas que quieran tratar para ejercer su derecho público.

Capítulo III

Diseño metodológico de la investigación

Capítulo III

Diseño metodológico de la investigación

Introducción

En este capítulo se exponen los principales aspectos sobre el diseño metodológico de la investigación. Se detallan las dos etapas del estudio, la primera relativa al diagnóstico social, epidemiológico, de comportamiento y ambiente, educativo y político organizacional de los estudiantes; y la segunda referida al diseño, aplicación y validación de la estrategia educativa.

Se muestran los procedimientos para la selección de la muestra, la operacionalización de variables, así como las técnicas y el procesamiento estadístico utilizado en el diagnóstico y en la evaluación de la estrategia.

Aparecen aspectos relativos al modelo seleccionado como base de la estrategia y los aspectos éticos de la investigación en salud.

3.1 Contexto

El estudio se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Educación Básica de Antigua Chinautla, situado en el pueblo de Antigua Chinautla, municipio de Chinautla, departamento de Guatemala, perteneciente a la etnia poqoman, en el ciclo escolar 2013, con los estudiantes de 1º. y 2º. grado. Como grupo control se utilizó el Instituto Nacional de Educación Básica de San Antonio Las Flores, también ubicado en una zona colindante a la comunidad del grupo de estudio.

3.2 Tipo de investigación

La investigación realizada se clasifica como trabajo de desarrollo tecnológico, en tanto produce una estrategia para la intervención sobre los conocimientos y comportamientos en la sexualidad de los estudiantes del Instituto Mixto de Antigua Chinautla. El estudio transita por dos etapas. La primera aborda el

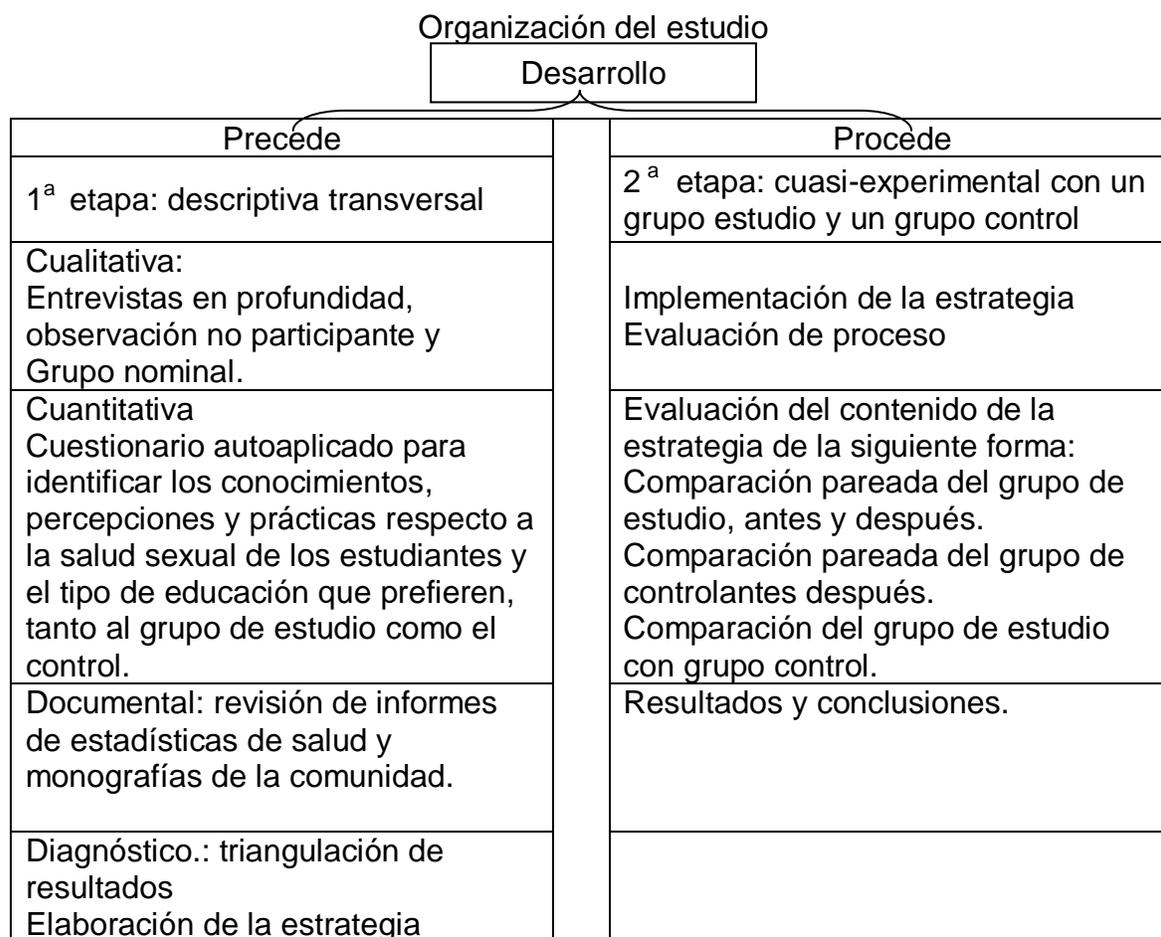
diagnóstico social, epidemiológico, de comportamiento y ambiente, educativo y político organizacional de los estudiantes, para ello se realizó una investigación de tipo descriptiva transversal. En esta etapa se utilizaron dos enfoques, uno de naturaleza cuantitativa, y el segundo cualitativo; posteriormente se trianguló la información proveniente de diferentes técnicas para formular la conclusión diagnóstica sobre las necesidades de promoción y educación sobre salud sexual en los estudiantes.

Para la segunda etapa de elaboración, aplicación y validación de la estrategia se realizó un estudio cuasi-experimental con un grupo estudio y un grupo control, este último fue seleccionado por sus características y condiciones socioculturales, económicas, políticas y de territorio similares al grupo de estudio.

Para el diseño de la estrategia se siguieron cada una de las fases que el modelo Precede-Procede establece a partir del diagnóstico social, epidemiológico y de salud, así como los conocimientos, comportamientos y percepciones que permiten determinar las necesidades de salud sexual. En esta etapa se validó el contenido de la estrategia mediante la consulta a padres e informantes clave de la comunidad, con vistas a que la misma estuviera en consonancia con los principios culturales, religiosos y tradiciones de la etnia prevaleciente en la comunidad.

En un segundo momento, se realizó la aplicación de la estrategia y su evaluación, de acuerdo con las siguientes cuatro fases del modelo. La misma se llevó a cabo por la autora del trabajo y con la colaboración del director del establecimiento, los maestros y el personal administrativo del instituto, con quienes se hizo, una vez diseñada la estrategia, una labor de sensibilización y capacitación para lograr mejores resultados. Para medir las modificaciones provocadas por la estrategia se analizó comparativamente la información disponible antes de aplicar la estrategia en el grupo de estudio con el grupo control, en relación con las variables de conocimientos, comportamientos y

percepciones respecto a la sexualidad que poseen los estudiantes, con la finalidad de evaluar si existían diferencias entre esas variables y los dos grupos. Posteriormente, se evaluaron de nuevo los conocimientos actitudes y prácticas entre los dos grupos para identificar si existían diferencias. También se evaluó en el grupo de estudio las modificaciones ocurridas por la estrategia mediante una comparación pareada (antes-después). El tiempo que transcurrió para evaluar la estrategia, una vez aplicada, fueron tres meses para cada una de las variables estudiadas, lo que permitió determinar el efecto de la estrategia sobre los conocimientos, actitudes y prácticas. A continuación, se muestra un esquema el ordenamiento seguido por la investigación:



3.3 Universo y muestra

Para el grupo de estudio el universo lo constituyeron todos los estudiantes matriculados en primer (1°) y segundo (2°) año básico, en el Instituto Nacional de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla de uno y otro sexo durante el ciclo escolar 2013. No se incluyó el tercer año porque el mismo egresaba del centro antes de que se aplicara la estrategia, y por tanto no podían obtenerse resultados para su comparación antes y después.

3.3.1 Muestra para el grupo de estudio del Instituto Nacional de Educación Básica Santa Cruz Chinautla

Para determinar el tamaño muestral de grupo de estudio se utilizó la siguiente expresión (115)

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 * p * q}{N * e^2 + (Z_{\alpha/2})^2 * p * q}$$

Dónde:

N= es el tamaño de la población

p= la prevalencia de alumnos con conocimientos, se consideró que el 50 % de los alumnos tenían un nivel de conocimientos, bueno, regular y malo sobre el tema, y porque se desconoce la probabilidad de ocurrencia del evento.

$$q=1 - p$$

z= coeficiente de confianza basado en la distribución normal.

α = nivel de significación del estudio. (0.05)

Se consideró un incremento del 10 % por pérdida de datos, por lo que la muestra seleccionada fue de **155** estudiantes.

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado, se tomó como variable de estratificación el ciclo escolar 2013, el primer año quedó dividido en cuatro secciones y el segundo dividido en dos ³.

³ Sección, son las partes en que se divide un grado por conjunto de personas, ejemplo; 1a, 1b, 1c. (143)

De acuerdo con el número de unidades se tomó el porcentaje por cada estrato, la muestra fue aleatoria estratificada, se dividió a la población por estratos (subgrupos), debido a que las variables principales que deben someterse a estudio presentan cierta variabilidad o distribución conocida, que es importante tomar en cuenta para extraer la muestra. Los estratos tienen como característica que son homogéneos en su interior, pero heterogéneos entre sí, es decir, al interior de cada uno de los estratos los individuos comparten las mismas características pero al compararse con otro estrato estas son completamente diferentes.

3.3.2 Selección de muestra para el Instituto Nacional de Educación Básica de Santa Cruz de Chinautla

Distribución del universo y la muestra de estudiantes del Instituto de Educación Básica Santa Cruz de Chinautla		
Nivel (año)	Universo	Muestra
1° Básico.	144	99
2° Básico	82	56
Total	226	155

Una vez determinado el tamaño muestral, se seleccionó el 64 % para primero básico y 36 % para segundo básico, luego se procedió a seleccionar de forma aleatoria el mismo número de alumnos de cada aula de la forma siguiente:

Total de alumnos del primer año/total de aulas de primer grado = n_1 / No. de aulas de primer grado, se obtuvo 25 alumnos por cada aula, quienes fueron seleccionados aleatoriamente a partir de la lista de los mismos. Para el segundo año se procedió igual y se obtuvieron 28 estudiantes por cada aula.

Al aplicar el cuestionario solo se pudo disponer de **124** estudiantes, debido a que en ese momento hubo ausencias a clases y algunos alumnos no aceptaron

participar en el estudio. No obstante la caída de muestra, se consideró adecuado el número incluido a los fines del estudio.

3.3.3 Unidades de análisis

Las unidades de análisis están constituidas por los **124** estudiantes de uno y otro sexo, matriculados en el Instituto Nacional Rural Mixto de Antigua Chinautla, de primero y segundo grado básico, con edades comprendidas entre los 12 a 18 años en 2013, que viven en alguno de los nueve cantones del pueblo de Antigua Chinautla y, además, aceptaron participar en el estudio.

3.3.4 Muestra para el grupo control Instituto Nacional de Educación Básica de San Antonio las Flores

Para seleccionar el grupo control se tomó en cuenta que el mismo tuviera similares características sociales, demográficas, geográficas, cultural, políticas, entre otras, a las del grupo del instituto objeto de estudio.

Para este grupo el universo lo constituyeron 95 estudiantes matriculados en el primer y segundo grado básico con edades comprendidas entre 12 y 18 años en el Instituto Nacional de Educación Básica de San Antonio Las Flores, de uno y otro sexo durante el ciclo escolar 2013.

El Instituto San Antonio las Flores pertenece al municipio de Chinautla desde el 29 de septiembre de 1939 y por Acuerdo Gubernativo del 9 de abril de 1939, está delimitado por el pueblo de Antigua Chinautla, San Raymundo, y San Pedro Ayampuc, el río Las Vacas que pasa por el medio de la comunidad, se encuentra altamente contaminado por traer desechos de toda la capital. La población es ladina y de la etnia poqoman, con 748 familias. Cuenta con una escuela primaria y un instituto por cooperativa de educación básica con 160 estudiantes, donde se realizó el estudio del grupo control (116).

Se utilizó el 100 % de estudiantes, ya que la cantidad de alumnos es menor a la del grupo estudio (51 estudiantes de primero y 60 de segundo). Del total de alumnos el 46 % eran de primero básico y el 54 % de segundo, finalmente se solicitó la lista de alumnos de cada aula para confirmar que los estudiantes correspondieran con el número de alumnos seleccionado. De estos, asistió a clases un 86 % y aceptaron ser incluidos en la investigación **95 alumnos**.

3.4 Operacionalización de variables

Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Escala	Descripción
Identificar los conocimientos, comportamientos y percepciones respecto a la salud sexual que poseen los estudiantes, según variables sociales y demográficas.			
Variables sociodemográficas, culturales y económicas de los adolescentes.			
Grado de escolaridad	Cualitativa Ordinal	1 ° Básico 2° Básico.	Nivel académico o de instrucción oficial que se encuentra cursando.
Sexo	Cualitativa Nominal dicotómica	Femenino Masculino	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.
Edad (años)	Cuantitativa Continua	Grupo de edad al que pertenece 12-13 14-15 16-17 18	Años cumplidos al momento de hacer el estudio.
Lugar de residencia o cantón	Cualitativa Nominal Politémica	Cementerio Central Cerro Partido Atitlancito Pila seca Salja Naranjo	Área geográfica y jurisdiccional de los cantones que pertenecen a la comunidad de Antigua Chinautla, donde residen los estudiantes.
Familia actual con la que vive	Cualitativa Nominal Politémica	Papá y mamá Solo papá Solo mamá Abuelos Tíos Otros	Relación de parentesco con la persona jefe del hogar referida por el estudiante
Religión	Cualitativa Nominal Politémica	Ninguna Católico Evangélico Testigo de Jehová Maya Mormón Otra	Creencia y práctica religiosa que refiere pertenecer.
Idiomas que habla	Cualitativa Nominal Politémica	Inglés Q'eqchi' Español Kaqchikel Tz'utujil	Lengua o idioma que utiliza para comunicarse cotidianamente.

		Poqomam	
Principal actividad que realiza	Cualitativa Nominal Politémica	Sale a pasear Reunión con grupos de amigos Estudia Otro	Actividades que realiza los estudiantes fuera de el tiempo de estudios.
Conocimientos:			
Conocimientos sobre crecimiento y desarrollo del adolescente	Cualitativa Ordinal	Bueno Regular Malo	<p><u>Crecimiento</u>: cuando los órganos y el cuerpo del ser humano aumentan o crecen.</p> <p><u>Desarrollo</u>: cuando se adquiere nuevas habilidades motoras, sociales, afectivas de lenguaje.</p> <p>Se considerará:</p> <p>Bueno: cuando responda al inciso a.</p> <p>Regular: cuando responda el inciso a y cualquier otro inciso.</p> <p>Malo: cuando responda cualquier inciso que no sea a.</p> <p>a. Cuando los órganos y el cuerpo del ser humano aumentan o crecen.</p> <p>b. Cuando adquirimos nuevas habilidades motoras, sociales, afectivas de lenguaje etc.</p> <p>c. Cuando actuamos por impulsos o deseos</p> <p>d. Cuando a pesar de querer tener relaciones sexuales, no lo hace.</p> <p>Tiene conocimiento sobre la definición de crecimiento y desarrollo en la adolescencia.</p>
Conoce concepto de relaciones sexuales	Cualitativa Ordinal	Bueno Regular Malo	<p>Componentes temáticos que definen una relación sexual.</p> <p>Se considerará:</p> <p>Bueno: Si selecciona con una x en más de 5 de los incisos.</p> <p>Regular: Si selecciona con una x en más de 3 incisos.</p> <p>Malo: sí selecciona una x en solo un inciso.</p> <p>-Contacto físico entre dos personas. -Abrazos, masajes, caricias o besos</p>

			<p>en el cuerpo pero no en los genitales.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Platicar con las o los compañeros de clase o amigos (as). -Caricias en la zona genital -Sexo oral -Penetración (con o sin eyaculación dentro de la vagina) -Hacemos tareas de los estudios con un compañero o compañera.
Conocimientos de sexualidad	Cualitativa ordinal	Bueno Regular Malo	<p>Definición de los términos sobre sexualidad de acuerdo con la OMS. La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo, o fenómenos emocionales, de conducta y de prácticas asociadas a la búsqueda del placer sexual, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo en la vida.</p> <p>Se considerará: Bueno: si selecciona con una x en más de 5 los incisos, o los 6. Regular: si selecciona con x en más de 3 incisos. Malo: si selecciona con una x en solo un inciso.</p> <p>Relaciones sexuales Conoce el estudiante sobre: El erotismo (pasión, sensualidad) El sexo biológico La identidad de hombre y mujer (género) El papel que asume un hombre o una mujer Orientación sexual y la reproducción Relaciones sexuales</p>
Conocimientos sobre ITS	Cualitativa	Bueno: Regular: Mal:	<p>ITS que refiere conocer el estudiante.</p> <p>Si identificó correctamente: Bueno: 5 o más ITS Regular: 3 a 4</p>

			<p>Mal: 2 o menos</p> <p>Tuberculosis</p> <p>VIH/SIDA</p> <p>Moniliásis</p> <p>Artritis</p> <p>Sífilis</p> <p>Herpes</p> <p>Diabetes</p> <p>Gonorrea</p>
Conocimientos sobre vías transmisión ITS	Cualitativa ordinal	Bueno Regular Mal	<p>Identificación correcta de las vías por las que se adquieren las infecciones de transmisión sexual.(genitales)</p> <p>Contestó:</p> <p>Bueno: si contestó c.</p> <p>Regular: si contestó la c y otra variable</p> <p>Mal: si contesta cualquiera menos la c.</p> <p>Por la boca</p> <p>Con las manos</p> <p>Por los genitales</p> <p>Saludo de palabra</p> <p>Con un abrazo</p>
Conocimientos sobre riesgos de relaciones sexuales	Cualitativa Ordinal	Si responde Bueno Regular Malo	<p>Riesgos que refiere el estudiante al tener relaciones sexuales desprotegidas:</p> <p>Puedo tener enfermedades de transmisión sexual</p> <p>Puede o puedo quedar embarazada</p> <p>No pasa nada</p> <p>Si responde:</p> <p>Bueno: si marca con una x las 3</p> <p>Regular: si marca con una x solo 2</p> <p>Mal: si marca solo una x</p>
Conocimientos sobre causas de embarazo	Cualitativa ordinal	Bueno Regular Malo	<p>Causas que conozca el estudiante para que una mujer quede embarazada.</p> <p>Cuando responda:</p> <p>Bueno: si subraya las 3 correctas.</p> <p>Regular: si subraya solo 2 correctas.</p> <p>Malo: si subraya las respuestas incorrectas</p> <p>Cuando hay penetración vaginal desde la primera relación sexual.</p> <p>Bañarse en una piscina (implica riesgo de embarazo para la mujer)</p>

			Si en una relación sexual el hombre “termina afuera”, (hay riesgo de embarazo). Tener relación sexual sin utilizar preservativo. Lavar los genitales de la mujer inmediatamente después de la relación sexual. Cuando el hombre eyacula (expulsa semen) en la vagina de la mujer.
Conocimientos sobre métodos anticonceptivos que conoce.	Cualitativa Ordinal	Bueno Regular Mal	Métodos anticonceptivos que refiere conocer el estudiante. Si responde: Bueno: si declara los 6 Regular: de 3 a 5 Mal: 1 a 2 Píldora Condón o preservativo Método de retiro Inyección Dispositivo intrauterino Ritmo Ovulación
Comportamientos y percepciones			
Principal causa, razón o motivo para practicar relaciones sexuales	Cualitativa. Nominal Politómica.	Me gusta y me hace sentir bien. Porque así soy más hombre. Porque así soy más mujer. Porque mis compañeros (as) lo hacen. Porque lo veo por un medio informal. Porque mi novio (a) me lo pide.	Principal razón que refiere el adolescente para practicar relaciones sexuales.
Edad adecuada para tener relaciones sexuales(años)	Cuantitativa Continua	10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años 20 a 22 años 23 a 25 años	Edad que consideran adecuada, referida por el estudiante, para tener relaciones sexuales
M.A.C que	Cualitativa	Condón o	Método anticonceptivo que utiliza.

utiliza.	Nominal Politómica	preservativo Píldora Inyección Dispositivo intrauterino Vasectomía Ritmo No procede	
Práctica de relación sexual coital	Cualitativa Dicotómica Nominal	Sí No	Cuando el estudiante indica haber practicado relaciones sexuales en algún momento de su vida.
Edad primera relación sexual coital.	Cuantitativa Continua Politómica	A los ____ años cumplidos	Edad referida de su primera relación sexual coital.
Principal motivos de no relaciones sexuales coitales	Cualitativa Nominal Politómica	No he tenido oportunidad No me gusta Me da miedo No es mi edad Es pecado Por temor a mis padres No procede	Motivos que refiere el estudiante por los que no ha tenido relaciones sexuales coitales.
Persona con que inició sus relaciones sexuales coitales.	Cualitativa Nominal Politómica.	Mi novia/novio Simplemente un amigo/a Un extraño/a Un pariente (familiar) Otra persona (por favor especifique) No procede	Persona que refiere el estudiante con la que inició sus relaciones sexuales coitales.
Uso de anticonceptivos en la relación coital	Cualitativa Dicotómica	Sí ____ No ____ No contestó	Práctica el uso anticonceptivo en las relaciones sexuales para evitar embarazos.
Principal motivos de inicio relación sexual coital	Cualitativa Politómica	Por amor Curiosidad Por vergüenza Porque fue condicionada Porque me obligaron Porque la mayoría lo hacen. Todos lo hacen	Motivos referidos por el estudiante por la que tuvo la primera relación sexual coital.

		No procede	
Criterio sobre la edad adecuada de la pareja para tener relación sexual.	Cualitativa ordinal	Más joven De la misma edad Más grande Yo no sé	Es la consideración propia o percepción, que tiene el adolescente con relación a la edad adecuada de la persona para la primera experiencia sexual coital.
Momento para tener la primera relación sexual	Cualitativa Politémica	Dentro de 3 meses A finales de año Cuando me gradúe de la escuela actual Cuando yo esté en mis 20 años Cuando me case Yo no sé	Criterio del adolescente sobre cuándo piensa tener la primera experiencia sexual coital.
Autovaloración de la primera relación sexual.	Cualitativa Politémica	Me alegré de hacerlo Me arrepentí de haberlo hecho Me sentí avergonzado(a) Me asusté de que hubiera embarazo o de contagiarme con una enfermedad No me agradó No procede	Es la consideración propia o autovaloración, que tiene el estudiante con relación a la primera experiencia sexual coital.
Responsabilidad para prevenir embarazo	Cualitativa Nominal Politémica	El hombre La mujer Ambos	Es la consideración que tiene el estudiante sobre en quién recae la responsabilidad para prevenir embarazo.
Uso de condón en la primer relación coital	Cualitativa Dicotómica	Sí ____ No ____ No contestó	Práctica del uso del condón en la primera relación sexual como protección.
Protección en la relación sexual coital	Cualitativa Politémica	Si No No procede	Práctica del uso del condón en las relaciones sexuales como protección de ITS y embarazo.
Número total de parejas con las que ha tenido relación sexual coital	Cuantitativa Discreta Politémica	De 1 a 2 De 3 a 5 De 6 a 10 Más de 10 parejas No procede	Número de personas con las que ha tenido relación sexual genital desde que inició hasta el momento de la encuesta.

Principal motivo para la selección de pareja.	Cualitativa Politómica	Amor Cualidades personales Apariencia física Solvencia económica	Cualidades que debe tener la pareja para seleccionar su pareja a criterio del encuestado.
Consideración sobre si ha tenido alguna ITS.	Cualitativa Dicotómica	Sí No	Percepción y o consideración del estudiante sobre si ha padecido alguna ITS.
Identificar las valoraciones (por las que recibe, que prefiere, y le gusta) que tienen los estudiantes sobre la influencia del tipo de educación en su salud sexual.			
Principal medio formal por el que recibe educación sobre salud sexual.	Cualitativa Nominal Politómica	Ninguna Con maestros Con un orientador Otro	Se refiere al medio por el cual recibe información sobre salud sexual en la educación formal.
Principal medio no formal por el cual recibe educación sobre salud sexual.	Cualitativa Nominal Politómica	Ninguna Iglesia Puesto de salud Escuelas Abiertas	Se refiere al medio por el cual recibe información sobre salud sexual en la educación no formal
Principal medio informal por el cual recibe educación sobre salud sexual	Cualitativa Politómica	Radio Televisión Revistas Internet Teléfono celular Algún familiar Amigos Otro medio	Se refiere al medio por el cual recibe información sobre salud sexual en la educación informal
Principal preferencia o gusto para recibir educación formal sobre salud sexual	Cualitativa nominal Politómica.	En la escuela primaria Con maestros Con un orientador Otro	Se refiere al medio que prefiere y le gusta para recibir conocimientos sobre la salud sexual a través de la educación formal (escuela).
Principal preferencia o gusto para recibir educación no formal sobre	Cualitativa Nominal Politómica	Iglesia Puesto de salud Escuelas Abiertas	Se refiere al medio que prefiere y le gusta para recibir información sobre la salud sexual a través de la educación no formal

salud sexual			
Principal preferencia o gusto para recibir educación informal sobre salud sexual	Cualitativa Nominal Politómica	Radio Televisión Revistas Internet Teléfono celular Algún familiar Amigos Otro medio ¿Cuál?	Se refiere al medio que prefiere para recibir información sobre la salud sexual a través de la educación informal.
Principal medio que considera para recibir educación formal sobre salud sexual	Cualitativa Nominal Politómica	En la escuela primaria Con maestros Con un orientador Otro	Se refiere al medio principal que considera para recibir conocimientos sobre la salud sexual a través de la educación formal (escuela).
Principal medio que <u>considera</u> para recibir educación no formal sobre salud sexual	Cualitativa Nominal Politómica	Iglesia Puesto de salud Escuelas Abiertas	Se refiere al medio que considera más adecuado para recibir conocimientos sobre la salud sexual a través de la educación no formal.
Principal medio que considera para recibir educación informal sobre salud sexual	Cualitativa Nominal Politómica	Radio Televisión Revistas Internet Teléfono celular Algún familiar Amigos Otro medio	Se refiere al medio que considera más importante para recibir información sobre la salud sexual a través de la educación informal.

3.5 Técnicas y procedimientos

De obtención de la información

Con la finalidad de obtener información que permita profundizar las necesidades de conocimientos que tienen los jóvenes en la primera etapa, se utilizaron técnicas cualitativas como grupos nominales, entrevistas no estructuradas, observación no participante, discusión de grupo e informes, las

cuales fueron trianguladas con la información obtenida con el cuestionario estructurado autoaplicado. A continuación, se describe el proceso:

3.5.1 Primera etapa

La primera parte del estudio consistió en la búsqueda de fuentes de información bibliográfica que permitieran la realización del diagnóstico sobre los conocimientos, comportamientos y percepciones en salud sexual, así como las valoraciones que tienen al recibir educación sobre el tema. Para ello se utilizó un cuestionario, que tuvo como referencia uno aplicado a estudiantes cubanos que fue adaptado y modificado al contexto sociocultural guatemalteco (anexo 2).

El cuestionario modificado fue sometido a validación con seis expertos seleccionados a partir de su conocimiento y trabajo investigativo en el área de la salud sexual y reproductiva, y que cumplieron el requisito de tener un máster o doctorado en ciencias o investigadores en esta área, con no menos de cinco años de experiencia.

Se localizaron seis expertos con estas características, quienes dieron respuesta.

Se envió vía electrónica un archivo en documento Word con lo siguiente:

- Título de la investigación.
- Carta de solicitud de apoyo en la validación del cuestionario de investigación, y donde se hace la solicitud a cada uno para validar el instrumento, con título y objetivos de la investigación. Se precisó que el cuestionario se diseñó con la finalidad de que cumpliera con los objetivos planteados.

Los aspectos por validar fueron:

- Claridad en la estructura: si las preguntas se expresan claramente y tienen coherencia para ser dirigidas a un adolescente, tomando en cuenta su contexto cultural (indígenas de la etnia poqoman del área rural).
- Justificación de la información: si se justifica la inclusión de esas preguntas para medir las variables en estudio.
- Razonable y comprensible: si se entendían las preguntas en relación con lo que se pretendía medir.
- Importancia de la información: si a partir de las respuestas se puede obtener información que ayude a cumplir los objetivos de la investigación.

Se procedió a asignar un valor de 1 a 3 en donde 1 no cumple, 2 cumple pero falta (colocaban la observación específica de lo que faltaba), y 3 cumple con el criterio del constructo.

La validez de constructo responde a las siguientes preguntas: (ver anexo 1) Se calculó el índice de concordancia o de Kappa (117) para evaluar cada ítem; para medir el grado de confiabilidad y validez se utilizó la fórmula: opiniones o juicios que coinciden con la definición propuesta (acuerdo A) y el total de juicios emitidos (acuerdo A y desacuerdo D)

Fórmula $IA = A/AD$ se tomó como válido los reactivos mayores que 0.80 (Guilford 1954). El ítem estuvo en completo acuerdo por lo que no se hicieron modificaciones por parte de los expertos, salvo unas sugerencias en la redacción de algunas preguntas, lo que permite decir que fue validado de manera satisfactoria y de acuerdo con la fórmula.

Luego, se realizó una prueba piloto al cuestionario, que se aplicó a 30 estudiantes con características similares al grupo de estudio y que no fueran a participar en él, para verificar que el mismo respondiera a las necesidades de la investigación, y se entendían las preguntas. Después que se obtuvieron las

respuestas de los jóvenes se hicieron algunos ajustes de adaptación al lenguaje, se redactaron nuevamente las preguntas hasta que quedaron claras y los resultados obtenidos fueron satisfactorios.

Para medir el grado de conocimientos de los estudiantes se aplicó la siguiente escala:

- Bueno (80 a 100 % de respuestas correctas)
- Regular (60 a 79 % de respuestas correctas)
- Malo (menos de 60 % de respuestas correctas)

Para evaluar en bueno, regular y malo el conocimiento respecto a la salud sexual se consideraron los resultados de las variables que permiten medir:

- Crecimiento y desarrollo
- Manifestación de la sexualidad
- Infecciones de transmisión sexual
- Embarazo
- Conocimiento general sobre anticonceptivos

Con la finalidad de conocer la vía más aceptada por los adolescentes para que se les impartieran los contenidos sobre salud sexual, se realizó un Grupo Nominal (GN), de acuerdo con la propuesta de Ángel Olaz (118), la técnica tiene siete fases de las que se tomaron cinco para este estudio. Se desarrolló el GN con 26 estudiantes de ambos grados, que se escogieron al azar. La actividad se coordinó por la investigadora, quien veló porque en el grupo los estudiantes estuvieran comprendidos en las edades de 12 a 18 años. Se establecieron criterios para lograr una buena comunicación entre los participantes y con la investigadora. La ejecución de la técnica se llevó a cabo en las instalaciones del Instituto Nacional de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla, de acuerdo con el siguiente orden:

Fase 1. Armonizar el contacto inicial

1. Se explicó al grupo en qué consistía la actividad, así como los procedimientos para lograr disciplina y poder profundizar en los aspectos requeridos.
2. Se suavizó el ambiente con una dinámica de grupo, que usó la técnica “por persona”, en la que cada participante se presenta, dice su nombre y como prefiere que se le llame durante la actividad (119).

Fase 2. La operativización del proceso

1. En la ejecución se proporcionó seis fichas de papel a cada estudiante, se les explicó que en ella colocaran su opinión con respecto a la pregunta que se les haría, que los temas que se discutirían en la dinámica estaban enmarcados alrededor de la educación sexual, sus valoraciones, vías, formas y contenidos para recibir conocimientos sobre sexualidad. Para guardar el orden se nombró un secretario y relator dentro del mismo grupo para que apoyaran el desarrollo de la actividad. El tiempo de duración del encuentro fue de tres horas.

La pregunta que se desarrolló a lo largo de la actividad fue:

¿Cómo prefieren aprender sobre educación sexual?

Fase 3. La reactivación del proceso. “Cómo se elaboró”

1. Se solicitó a los estudiantes que dieran las respuestas que consideraran adecuadas con la pregunta que se planteó, que razonaran las mismas y escribieran las respuestas en las fichas, según orden de prioridad, en un tiempo no mayor a 10 minutos.
2. Las ideas dadas por los estudiantes se escribieron una a una en el papelógrafo. Al equipo moderador se le dio tiempo para consolidar las

respuestas, en ellas se expresaron cómo, cuándo, con quién, en dónde y por qué recibir educación sexual, a partir de la pregunta formulada.

Fase 4 La elaboración de conclusiones preliminares y reactivación del proceso para plan de acción

1. Se pidió a los participantes que calificaran las ideas propuestas en orden de importancia y que cada miembro votara de forma individual por la respuesta que se ajustara mejor a la pregunta formulada, para lo que asignó un número de uno a diez, mientras más alto el número, menos importante es la respuesta.
2. Finalmente, se procedió en conjunto a priorizar los temas.

En esta etapa también se efectuaron 10 entrevistas no estructuradas a cinco padres y cinco autoridades de la comunidad. El objetivo de la entrevista fue profundizar sobre las percepciones que ellos tenían sobre la necesidad de la educación sexual para los estudiantes, sus valoraciones sobre comportamientos en salud sexual y las formas de educación que ellos consideraban como más adecuadas para mejorar la situación existente. Además, se buscó, indirectamente, involucrarlos en el estudio para conseguir posteriormente su apoyo en la implementación de la estrategia, para trazar acciones en las que ellos influyeran favorablemente dentro del resto de la comunidad, tomando en cuenta que casi el 55 % de adolescentes de la comunidad estudian en el Instituto Nacional de Educación Básica Santa Cruz Chinautla. Se hizo la pregunta generadora: **¿Qué comportamientos tienen respecto a la salud sexual los estudiantes de su comunidad y cómo se puede mejorar la situación existente?**

Otra técnica aplicada fue una discusión grupal con 30 madres de alumnos del instituto objeto de estudio, para informarles de los resultados obtenidos en el GN realizado con los estudiantes, para que ellas valoraran los criterios de los

jóvenes y dieran su apreciación de los temas centrales sobre educación sexual a incluir en la estrategia, de forma que estos estuvieran en consonancia con los patrones culturales de la etnia, lo que permitió definir los temas.

Se efectuó una observación no participante por la investigadora con el objetivo de valorar las características estructurales y la situación ambiental, epidemiológica, social y organizativa de la comunidad, sin intervención alguna con la finalidad de responder al planteamiento requerido por el modelo teórico Precede-Procede para el diagnóstico de contexto e identificar factores que afectan o influyen sobre la salud sexual en los estudiantes.

La observación no participante es aquella en la que el individuo no se involucra en lo que está observando, los eventos o fenómenos que observa los ejecuta de forma externa en la medida que se desarrolla el proceso, no interactúa con los sujetos de la comunidad (120). En este caso fue la investigadora quien realizó esta técnica, valoró las características estructurales y la situación ambiental y social de la comunidad, así como su dinámica social en función de los objetivos de la investigación.

Los pasos llevados a cabo para realizar la observación fueron:

- Se pidió autorización para observar en la comunidad a sus autoridades.
- Se determinaron previamente los objetivos a lograr con la observación (para qué se va a observar) y se elaboraron preguntas que guiaron la observación.
- Se determinó la forma con que se registrarían las observaciones. Se utilizó como recurso auxiliar de la observación, la cámara incorporada al teléfono celular, para tomar fotos que dejaran constancia de la situación de la comunidad.
- Se hizo un análisis e interpretación de la información recopilada y se extrajeron las ideas esenciales que respondían a los objetivos y se integraron al diagnóstico.

Finalmente, se llevó a cabo la triangulación metodológica para combinar los resultados de los datos obtenidos mediante la aplicación del cuestionario, los provenientes de las técnicas cualitativas y la revisión documental efectuada para contrastar similares aproximaciones de las variables estudiadas (121).

Triangulación de la información a partir de diferentes fuentes			
Aportación	Cualitativo	Cuantitativo	Documental
Conocimientos	Grupo nominal Observación no participante Entrevistas Discusión de grupo	Cuestionario autoaplicado	Consulta de monografía y estadísticas de salud de la localidad.
Percepciones			
Comportamiento			
Tipo de educación a la que: tiene acceso prefiere considera mejor		Cuestionario autoaplicado	Revisión de monografías, artículos, resultados de investigación y estadísticas de salud de la localidad.

3.5.2 Elaboración de la estrategia (fase 4 del Modelo Precede-Procede)

Luego de realizar la conclusión diagnóstica, se formularon los objetivos educativos y se procedió a diseñar la propuesta de estrategia en educación sexual a implementarse para mejorar, corregir o resolver los problemas identificados.

El diseño de la propuesta tomó en cuenta, además de los resultados del diagnóstico, las referencias bibliográficas educativas exitosas, que se hayan

llevado a cabo con jóvenes en América Latina y que han sido aplicadas por instituciones de salud, educación u organismos no gubernamentales.

Para el diseño de la intervención educativa se consideraron las temáticas sugeridas por los estudiantes y aprobadas por las madres en la discusión grupal. Previo a la aplicación de la estrategia se realizó una validación con seis informantes clave de la comunidad. Esta validación se realizó mediante la técnica participativa del panel de discusión. A los seis informantes clave se les presentó los resultados del diagnóstico y la propuesta de estrategia. A los mismos se les solicitó que expusieran sus criterios sobre selección de los temas, cantidad de temas, orden de los temas, objetivos de cada tema, contenidos por tema, relación contenido-objetivo, número de sesiones, orden de las sesiones, duración de cada sesión, frecuencia de las sesiones, tipos de actividades y vías educativas para desarrollarla, además se les solicitó sugerencias para mejorarla.

Una vez terminada la primera versión de la estrategia, la misma se sometió a la consideración de cinco padres de familia y el director del instituto, quienes unidos a los seis informantes clave conformaron un grupo de discusión con 12 personas, para que ellos dieran la aprobación final de la estrategia. Ellos aprobaron la misma con la restricción de no incluir algún tema relativo a la anticoncepción para no crear problemas con la idiosincrasia cultural y religiosa de la comunidad, lo cual a pesar de ser un tema importante no fue posible abordarlo en la estrategia.

Otra actividad realizada, previa a la aplicación de la estrategia, fue un taller con todos los maestros del instituto, a quienes se les explicó cada una de las actividades incluidas en la estrategia, sus objetivos y resultados esperados, así como el papel que ellos debían jugar en la misma. Esto permitió sensibilizarlos para que participaran y apoyaran en la aplicación de la estrategia y, además, detectaran cualquier aspecto incluido que fuera necesario ajustar.

Una vez sometida a todos estos procesos de validación y sensibilización de actores sociales y líderes informales de la comunidad se procedió a su aplicación en el grupo seleccionado.

3.5.3 Segunda etapa: aplicación de la estrategia (fase 5 del modelo Precede–Procede)

Se conformó un equipo de trabajo compuesto por la autora de la investigación, el director y la secretaria del instituto como responsables principales, con la participación de los maestros, quienes se incorporaron cuando se requirió su apoyo. Para cada uno se definió las tareas por ejecutar y la investigadora realizó, fundamentalmente, la labor de control e impartición de los temas. Se le dio seguimiento al proceso de aplicación de la estrategia para valorar si procedía conforme a lo planificado y hacer ajustes de acuerdo con ello.

La aplicación de la estrategia a los estudiantes se hizo durante dos semanas, una para cada grado durante octubre de 2013 con una duración de 2 a 3 horas diarias. Transcurrido tres meses se aplicó el cuestionario inicial, tanto en el grupo de estudio, como en el grupo control.

Se registró también el desarrollo y las incidencias de la estrategia durante su aplicación, y posteriormente se realizaron reuniones con el equipo técnico que participó en la aplicación de la estrategia para introducir las mejoras necesarias.

A partir de estos procedimientos se evaluó la factibilidad de la aplicación de la estrategia diseñada. Se analizaron los recursos humanos y materiales necesarios para la aplicación de la misma.

3.5.4 Evaluación de la estrategia

En esta etapa del proceso se realizaron las fases 6, 7 y 8 de acuerdo con el modelo Precede-Procede. La parte que corresponde a la evaluación de impacto, evaluación de proceso y evaluación de resultados.

Para la evaluación de impacto y resultados, se realizó mediante un estudio cuasi-experimental, donde se llevaron a cabo los siguientes pasos:

1. Se consideró como caso al grupo que se le aplicó la estrategia del Instituto Nacional de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla.
2. Se seleccionó un grupo control constituido por los estudiantes del Instituto de Educación Media de San Antonio las Flores al que no se aplicó la estrategia.
3. Se evaluaron las semejanzas en relación con las variables de conocimientos, comportamientos y percepciones respecto a la salud sexual que poseen los estudiantes, según variables sociales y demográficas con el grupo de estudio, para garantizar la comparabilidad entre ambos.
4. Se evaluaron los conocimientos, comportamientos y percepciones del grupo control y se compararon con los obtenidos por el grupo de estudio después de tres meses de aplicada la estrategia, para identificar los cambios en los conocimientos, comportamientos y percepciones.
5. Se evaluaron los conocimientos, comportamientos y percepciones del grupo de estudio, antes y después de aplicada la estrategia.

Finalmente, se analizó mediante un taller en el que participaron la investigadora, tres expertos, cuatro maestros del instituto y tres líderes de la comunidad, los resultados obtenidos por la aplicación de la estrategia, para valorar su factibilidad y efectividad así como las actividades a tomar en cuenta para la sostenibilidad de la misma.

3.5.5 Del procesamiento y análisis de la información

Se procedió a revisar la bibliografía referente al tema de salud sexual, consulta a expertos y revisión documental.

La base de datos con la información obtenida a partir del cuestionario dirigido a estudiantes sobre salud sexual se revisó y se constató su calidad para el posterior procesamiento automatizado de la información.

Se utilizaron medidas de resumen para las variables cualitativas, frecuencias absolutas y porcentajes. Así como, las técnicas estadísticas siguientes:

1. Prueba X^2 de homogeneidad: para determinar si hay diferencias significativas entre el grupo de estudio y el grupo control con relación a las variables de conocimientos, comportamientos, percepciones y valoraciones sobre el tipo de educación que tienen acceso, prefieren y consideran para la educación en salud sexual.
2. Prueba de los signos para muestras pareadas para determinar si hay diferencias significativas entre los resultados obtenidos por cada individuo del grupo de estudio antes-después de aplicada la estrategia. Esta prueba se usa para comparar las diferencias entre dos muestras de datos tomados antes y después del tratamiento como se describe a continuación:

Se usó para comparar las dos muestras relacionadas; es decir, para analizar los datos obtenidos mediante el diseño antes-después (cuando cada sujeto sirve como su propio control) o el diseño pareado (cuando el investigador selecciona pares de sujetos y uno de cada par, en forma aleatoria, es asignado a uno de dos tratamientos). Pueden existir además otras formas de obtener dos muestras relacionadas, cuando la variable es cuantitativa, medida en escala ordinal y en el caso de variables cuantitativas medidas en escala de intervalo o de razón, pero las diferencias (d_i) de los pares de datos no se distribuyen normalmente.

Este análisis permitió ver si había un incremento en los niveles de conocimientos sobre salud sexual que se miden. La prueba de los signos

permitió contrastar la hipótesis de que las respuestas a dos "tratamientos" que pertenecen a poblaciones idénticas. Para la utilización de esta prueba se requiere únicamente que las poblaciones subyacentes sean continuas y que las respuestas de cada par asociado estén medidas por lo menos en una escala ordinal.

La hipótesis nula puede expresarse como:

Siendo X_i la respuesta del elemento i -ésimo al primer "tratamiento" e Y_i la respuesta del elemento i -ésimo al segundo "tratamiento".

La hipótesis alternativa puede ser direccional, cuando postula que X es estocásticamente mayor (o menor) que Y , o no direccional, cuando no predice la dirección de la diferencia.

Para realizar el contraste se hallan los signos (+ o -) de las diferencias no nulas entre las respuestas de los dos componentes de cada par y se cuenta cuántas son positivas, S_+ , y cuántas negativas, S_- . Si H_0 es cierta, es de esperar que aproximadamente la mitad de las diferencias sean positivas y la otra mitad negativas. El estadístico de prueba es $S = \min [S_+, S_-]$.

En el caso de este estudio, las muestras fueron pareadas una a una, (antes y después) en el programa de SPSS (versión libre), para el procesamiento y análisis de datos, en muestras no paramétricas, con la prueba del signo (122). En todos los casos se consideró un nivel de significación de 0.05. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas estadísticas.

3.6 Aspectos éticos

Para la investigación se aplicaron los criterios éticos de la investigación en comunidades, a partir del informe Belmont de 1978 como antecedente y el Tom Beauchamp y James Childres (123). Según afirman estos autores, se dan

cuatro principios esenciales, que se requieren para las investigaciones descriptivas y de desarrollo tecnológico. En relación con la autonomía se respetó la fuente original de los valores, creencias y puntos de vista de los estudiantes, sin revelar información, también se obtuvo el consentimiento informado en todo el proceso (124).

Se aplicó el principio ético de no maleficencia. Se respetó toda actitud individual, se dio privacidad al momento de presentarse, libertad de decisión, no hubo ofensas ni abusos. También se consideró el principio de la beneficencia, referido a hacer el bien a través de la educación y promoción de la salud y la justicia a través del consentimiento informado de la institución, familiares y adolescentes (123).

Se solicitaron los permisos a las autoridades del Instituto Mixto de Antigua Chinautla y San Antonio de las Flores, quienes dieron el permiso mediante consentimiento informado, al igual con los padres. Para ambos se dio la explicación sobre los objetivos de la investigación y en qué consistía la estrategia, así como sus beneficios y se explicó que la misma no representaba riesgos para los estudiantes. También se realizó el asentimiento informado a los estudiantes adolescentes, y se les aclaró sobre la libertad que tenían de participar o no en la investigación, y se les explicó en detalles el procedimiento con los principios enunciados con anterioridad (Ver anexos 2, 3,4)

3.7 Conclusiones del capítulo

En este capítulo se expuso el algoritmo seguido en técnicas y procedimientos para identificar los conocimientos, percepciones y comportamientos de los estudiantes, así como para el diseño y aplicación práctica de la estrategia en el grupo de estudiantes investigado. Su carácter dialéctico y participativo permitió que con cada técnica aplicada se enriqueciera a la otra. La falta de investigaciones previas con un enfoque hacia la educación para la salud sexual en adolescentes indígenas, en un pueblo carente de infraestructura y con

condiciones ambientales de riesgo y que pertenece al departamento de Guatemala hace innovadora la estrategia utilizada.

La estrategia educativa diseñada constituye una alternativa viable con posibilidades de tomar en cuenta sus procedimientos metodológicos y ser replicada en contextos similares; se explicaron y describieron las diferentes técnicas utilizadas para el diseño, validación y evaluación de la misma, así como la importancia de cumplir con las regulaciones de la ética aplicadas en la investigación en salud.

El haber seleccionado diferentes técnicas y realizar la triangulación de las mismas contribuye a que la aplicación de la estrategia sea más efectiva.

Capítulo IV

Presentación de resultados primera parte, Diagnóstico (fase 3 del modelo Precede-Procede)

Capítulo IV

Presentación de resultados primera parte Diagnóstico (fase 3 del modelo, Precede-Procede)

Introducción

En este capítulo se muestran los resultados de la fase diagnóstica, tal como establece el modelo Precede-Procede, los cuales se obtuvieron a partir de técnicas cualitativas y cuantitativas. Inicialmente se brindan elementos sobre el contexto social y de salud de la comunidad Antigua Chianautla, donde radica el instituto de educación básica objeto de estudio.

Se detalla la información referida a los conocimientos, comportamientos y percepciones que poseen los estudiantes respecto a la sexualidad, según variables sociales y demográficas; así como, las valoraciones que tienen sobre la influencia del tipo de educación en su actividad sexual, a partir de la información obtenida del cuestionario aplicado.

Además, se brindan los resultados de diversas técnicas cualitativas aplicadas a informantes clave, padres de los estudiantes y líderes de la comunidad, que enriquecen el diagnóstico y posibilitan el diseño y aplicación de la estrategia.

Finalmente, se realiza la discusión de los resultados y se comparan con la literatura del tema y con los hallazgos de otras investigaciones.

Resultados del diagnóstico (valoración) social, epidemiológico, de conocimientos, percepciones y comportamientos en salud sexual de los estudiantes

4.1 Diagnóstico social de la comunidad

A partir de los registros existentes en el municipio y la observación no participante efectuada por la investigadora, se pudo obtener la información que posibilita tener un diagnóstico de diferentes aspectos de la comunidad.

La comunidad de Antigua Chinautla se encuentra ubicada a 12 kilómetros del departamento de Guatemala, se ubica en el área norte, su población vive en condiciones marginalidad. Está rodeada de montañas, calles de terracería, drenajes a flor de tierra, agua entubada y yacimientos de agua, lo cual le da poca seguridad al terreno donde se enclava. Por el centro de la comunidad pasa el río Las Vacas, contaminado con los drenajes de la ciudad capital.

La comunidad tiene una población total de 3165 habitantes, 1615 hombres y 1550 mujeres, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE), del censo 2002, su descendencia pertenece a la etnia poqoman (29). La población es joven, ya que se concentra en las edades de 0 a 14 años y de 25 a 34 años, es decir, cuenta con un porcentaje considerable de población en edad laboral que no siempre tiene respuesta a sus necesidades, ya que existe elevada pobreza en la comunidad, esto constituye una gran demanda socioeconómica al municipio. Además los servicios de salud y educación no cubren las necesidades básicas de la comunidad. La densidad poblacional del municipio de Chinautla es de 1481 habitantes/km² de acuerdo con las proyecciones del INE 2009, considerado en la categoría de densidad baja, aunque supera la densidad nacional (125).

Las viviendas de la comunidad están construidas algunas con bloques, otras de lámina o madera, las mismas no tienen ambientes separados, y por lo general

están constituidas por uno o dos ambientes. Uno utilizado como dormitorio, donde se concentra toda la familia, y otro para cocina y comedor. Hay un alto grado de hacinamiento de los hogares, en el ambiente habitacional, casi siempre, los padres e hijos duermen en la misma habitación.

Los únicos espacios abiertos de recreación para los jóvenes son un pequeño parque con una ceiba al centro (árbol símbolo patrio de Guatemala) y bancas. A su alrededor están la iglesia católica, alcaldía municipal y pequeños comercios, en algunos de ellos se expone la artesanía que elaboran los pobladores con arcilla del lugar. También hay un terreno abierto donde los jóvenes juegan fútbol. Existe un local de acceso a internet, aprovechado por los jóvenes después de las 17:00 horas, al concluir la jornada de estudios y los fines de semana. En otro sector se encuentran la iglesia evangélica, el instituto y el puesto de salud.

En la comunidad las mujeres visten con traje típico y usan el cabello largo. No se encontró evidencia de grupos u organizaciones donde asistan los jóvenes, y por lo regular las mujeres se acompañan de otras al formar los grupos y de igual forma lo hacen los hombres.

Antigua Chinautla está dividida en nueve cantones: Cerro Partido, Tzalja, Pila Seca, El Potrero, Amatitlancito, El Cementerio, Las Vacas, Cruz Blanca y Central. Cuenta con un alcalde auxiliar como parte del gobierno municipal que vela fundamentalmente por el ornato de la comunidad. La alcaldía se ubica en la parte central de la comunidad junto a la iglesia católica y el parque central y la escuela primaria. No se observó participación política u organización de grupos de jóvenes que trabajen en torno a políticas públicas saludables o para otro fin; tampoco se evidenció que la municipalidad fomente la participación social de los jóvenes. Ni existen organizaciones que se dediquen a trabajar con jóvenes (125).

El sistema de producción y economía de la comunidad, desde la antigüedad, ha sido la cerámica, los cultivos de maíz y frijol. Estas actividades en la actualidad han disminuido, pero se mantiene la elaboración de diversas piezas de cerámica, las que son muy cotizadas en la región capitalina, a pesar de eso, por su bajo costo no representa un ingreso suficiente para las familias. Otro grupo de pobladores se desplazan a la ciudad capital diariamente donde realizan trabajos de albañilería, mecánica, choferes, entre otros; y las mujeres trabajan en los servicios de limpieza y cocina en colonias aledañas (125).

La principal actividad cultural, vinculada con las costumbres y tradiciones de la comunidad, es la fiesta patronal celebrada en Santa Cruz Chinautla, del 1 al 3 de diciembre con motivo de la Asunción de la Virgen y el Niño de Atocha, con los bailes tradicionales de mayor importancia como el de los Moros, los cuales se realizan, de forma similar a otros lugares del territorio nacional; las históricas romerías o peregrinaciones con la finalidad de visitar al santo de su devoción para pedir algún milagro y bendiciones para su familia. También acostumbran en estas fiestas comprar artículos y toda clase de golosinas, artesanías y frutas propias del lugar. Al igual que en el resto de la República celebran el Día de los Santos (1 de noviembre) y la Quema del Diablo (7 de diciembre) (125).

La comunidad de Antigua de Chinautla está considerada en el contexto del país, de acuerdo con los indicadores, como de pobreza general y pobreza extrema. Una muestra de ello es que a partir del censo, según la talla escolar ubican al municipio en desnutrición crónica, lo que pone de manifiesto los problemas económicos de las familias, a los que se añade la falta de agua potable y la elevada contaminación que genera el río Las Vacas (125).

Los datos disponibles sobre la educación en la comunidad reflejan que hasta 2012 la cobertura del nivel de educación eran tres niveles: preprimaria, primaria y básico. Los establecimientos son atendidos por el sistema público y una parte de la enseñanza básica se realiza por el sistema de cooperativa municipal. La

cobertura de enseñanza de acuerdo con la matrícula para el nivel primario es del 100 %, para el de básico es de 35.9 % y para el nivel diversificado es de 1.4 % (126).

En resumen, puede señalarse que esta es una comunidad de la etnia poqoman, con un alto grado de pobreza, donde predomina el subempleo y un nivel educacional bajo, que unido a las influencias de los medios de comunicación y la cercanía de la capital permite asumir que los adolescentes residentes en ella asumen conductas de riesgos respecto a la salud sexual con un bajo nivel de conocimientos.

Principales problemas de salud en la comunidad

Los problemas de salud que afectan a la población de Santa Cruz Chinautla se enmarcan fundamentalmente en: dermatológicos, rinofaringitis, amigdalitis, conjuntivitis, dermatitis de pañal, bronquitis aguda, estomatitis candidiásica, impétigo, dermatitis no específica, asma, infecciones urinarias, alergias y la desnutrición (127).

De acuerdo con las percepciones obtenidas por la autora, los problemas dermatológicos y enfermedades gastrointestinales, en su gran mayoría, son causados por deficiencias en la calidad del agua potable y manipulación de alimentos. Así como la alta contaminación del río Las Vacas, que como se expuso antes, pasa por el medio de la comunidad, y lleva consigo todos los desechos sólidos y líquidos que se generan en la ciudad capital y municipios aledaños. La desnutrición es motivada por la escasa e insuficiente alimentación a la que tienen acceso los pobladores, también hay un consumo elevado de comida rápida, falta de conocimientos para alimentarse correctamente y escasos recursos económicos para cubrir la canasta básica. Este problema se refleja en el estado nutricional de los niños y adolescentes.

La población es atendida por una auxiliar de enfermería quien registra los problemas de salud de la población, en una hoja de control de pacientes del sistema de información vigente. En relación con los adolescentes, son atendidos fundamentalmente por las demandas de los embarazos y para realizar consultas sobre problemas referidos a la salud sexual. También es costumbre realizar consultas en las farmacias, a comadronas, sobadores, curanderas, iglesia y. en general. A aquellas personas que poseen más recursos económicos y mejor nivel de educación; en ocasiones van a la capital de Guatemala donde consultan a los médicos generales y por especialidad (128).

4.2 Conocimientos, percepciones y comportamientos sobre salud sexual en los estudiantes

A continuación, se dan a conocer los resultados que se obtuvieron por medio del cuestionario autoaplicado a estudiantes del Instituto Nacional de Educación Básica de Antigua Chinautla, del primer y segundo grado.

4.2.1 Características sociodemográficas de los estudiantes

Los 124 estudiantes del instituto se distribuyen por grupos de edades de la siguiente forma: el 16 % tiene de 12 a 13 años, el mayor grupo fue el de 14 y 15, con 63.7 %, y en el de 16 a 18, representó el 20.1 %, es decir, hay predominio del grupo de 14 y 15 años, y en el primer año se concentra el 61.3 % de los estudiantes investigados, tal como se observa en la tabla No. 1.

Tabla 1. Distribución de los estudiantes del Instituto de Educación Básica Santa Cruz Chinautla, según grado de estudio y grupo de edad.

Guatemala, 2013

Edad	Año de estudio					
	Primero		Segundo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
12-13	18	23.7	2	4.2	20	16.1
14-15	49	64.5	30	62.5	79	63.7
16-17	7	9.2	16	33.3	23	18.5
18-- a	2	2.6	0	0.0	2	1.6
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

La tabla anterior refleja que los estudiantes ingresan a estudiar con una edad mayor a la que lo hicieron los de segundo año. Esto pudiera explicarse porque es un centro de enseñanza secundaria, público y rural, donde los estudiantes retrasan sus estudios por la situación de pobreza en que viven, ya que los obliga en ocasiones a dejar los estudios por un tiempo para trabajar, y luego repiten el grado, lo cual es frecuente en la región latinoamericana y en el país.

Tabla 2. Distribución de los estudiantes del Instituto Nacional de Educación Básica Santa Cruz Chinautla, según grado de estudio y sexo.
Guatemala, 2013

Sexo	Año de estudio					
	Primero		Segundo		Total	
	No	%	No	%	No	%
Hombre	47	61.8	26	54.2	73	58.9
Mujer	29	38.2	22	45.8	51	41.1
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

La composición por sexos de los estudiantes reflejó que un 58.9 % son hombres y 41.1 % mujeres quienes participaron en menor proporción que los hombres, en ambos grados. Esto pudiera explicarse en el hecho de que consideran más importante que el hombre se prepare, ya que debe trabajar y

las mujeres tienen como proyecto de vida casarse y ser amas de casa, lo que habla de un enfoque de género en el que la mujer está en desventaja con respecto al hombre.

Tabla 3. Distribución de los estudiantes del Instituto Nacional de Educación Básica Santa Cruz Chinautla, según grado y persona con quien vive. Guatemala, 2013

Persona con quien vive	Año de estudio				Total	
	Primero		Segundo			
Con quien vive	No	%	No	%	No	%
Abuelos	2	2.6	1	2.1	3	2.4
Papá y mamá	70	92.1	41	85.4	111	89.5
Solo mamá	2	2.6	5	10.4	7	5.6
Solo papá	2	2.6	1	2.1	3	2.4
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

El 89.5 % vive con la mamá y el papá, un 5.6 % solo con su mamá, y un 4.8 % con abuelos o su papá, significa que un 10 % del total de la población no vive con los padres, lo cual en determinadas circunstancias pudiera ser un factor desfavorable respecto a asumir conductas responsables ante la vida.

Tabla 4. Distribución de los estudiantes del Instituto Nacional de Educación Básica Santa Cruz Chinautla, según grado de estudio y actividades que realizan después de clases. Guatemala, 2013

Actividades después de clases	Año de estudio				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
Asiste a algún curso	4	5.3	3	6.3	7	5.6
Trabaja en tareas de su hogar y elabora cerámica	5	6.6	2	4.2	7	5.6
Se reúne con los/las amigos/as	52	68.4	31	64.6	83	66.9
No contestó	15	19.7	12	25.0	27	21.8
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

La actividad que más realizan fuera del tiempo de estudios es reunirse con sus amigos (66.9 %), lo cual evidencia la disponibilidad de pocas opciones recreativas. Esto se asocia a las malas condiciones sociales de la comunidad y su pobreza. Un 5.6 % asiste a un curso, otro 5.6 % realiza tareas en su hogar y elabora cerámica, en este último caso la cerámica constituye un medio de trabajo con que cuentan algunas familias, y un 21.8 % no contestó. Esto podría indicar la realización de actividades económicas que muchos no desean declarar, ya que en ellos influyen las precarias condiciones económicas de la comunidad, mismas que los llevan a realizar trabajos eventuales en la ciudad capital en el sector informal.

Tabla 5. Distribución de los estudiantes del Instituto de Educación Básica Santa Cruz Chinautla, según grado de estudio y religión. Guatemala, 2013

Religión	Año de estudio				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
Evangélica	19	25.0	8	16.7	27	21.8
Católica	53	69.7	40	83.3	93	75.0
Otras	4	5.3	0	0.0	4	3.2
Total	76	100	48	100.0	124	100.0

En la comunidad existe un profundo arraigo religioso, el 75 % son católicos con mayor predominio, principalmente los alumnos del segundo año; el 21.8 %, evangélicos practicantes, y un 3.2 %, de otras religiones.

Tabla 6. Distribución de los estudiantes del Instituto de Educación Básica Santa Cruz Chinautla, según grado de estudio e idioma que hablan. Guatemala, 2013

Idiomas que hablan	Año de estudio				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
Español	51	67	36	75.0	87	70
Español/poqoman	23	30	12	25.0	35	28
Otro	2	2.6	0	0.0	2	1.6
Total	77	101.3	48	100.0	125	100

Como se dijo en la comunidad predomina la etnia poqoman de origen maya, aunque el idioma prevaleciente es el español (100 %), de estos el 28 % domina la lengua poqoman que hablan y entienden, y muy pocos lo escriben, situación que tiende a desaparecer por el proceso de las demandas socioeconómicas que se dan en el país y por los procesos de aculturación y transculturización occidental.

4.2.2 Conocimientos sobre salud sexual en los estudiantes

En las preguntas incluidas en el cuestionario se indagó sobre conceptos relativos al crecimiento y desarrollo de los adolescentes, sexualidad y relaciones sexuales, ITS y anticonceptivos. Estos aspectos se incluyeron en preguntas cerradas para facilitar la respuesta de los estudiantes, pues se consideró que si tenían que redactar la respuesta esto podría provocar que muchos no lo hicieran. Además a partir de las indagaciones realizadas en la comunidad, previas a la aplicación del cuestionario, se tenía el criterio de que sus conocimientos sobre aspectos relacionados con la sexualidad eran insuficientes. En las siguientes tablas se muestran los resultados.

Tabla 7. Nivel de conocimientos sobre definición de crecimiento en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Nivel de conocimiento	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
Bueno	24	31.6	21	43.8	45	36.3
Regular	30	39.5	13	27.1	43	34.7
Malo	19	25.0	14	29.2	33	26.6
No contestó	3	3.9	0	0.0	3	2.4
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

Respecto al concepto de crecimiento en los adolescentes, un 36.3 % respondió correctamente, el resto obtuvo resultados de regular (34.7 %) y mal (26.6 %), solo un 2.4 % no contestó. Los de segundo grado tuvieron mejor resultado en la categoría bueno, pero en mal superaron a los de primero.

Tabla 8. Nivel de conocimientos sobre definición de desarrollo en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Nivel de conocimiento	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
Bueno	9	11.8	11	22.9	20	16.1
Regular	7	9.2	5	10.4	12	9.7
Malo	51	67.1	30	62.5	81	65.3
No contestó	9	11.8	2	4.2	11	8.9
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

Respecto a qué es el desarrollo en los adolescentes, la situación fue más crítica, pues el 65.3 % fue evaluado de mal y el 9.7 % obtuvo regular y un 8.9 % no contestó. Esto a juicio de la autora puede indicar desconocimiento. Por año de estudio se observa que segundo grado tiene mejor porcentaje en la categoría de bueno y regular.

Tabla 9. Nivel de conocimientos sobre concepto de relaciones sexuales, en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Nivel de conocimientos	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bueno	10	13.2	2	4.2	12	9.7
Regular	51	67.1	39	81.3	90	72.6
Malo	6	7.9	2	4.2	8	6.5
No contestó	9	11.8	5	10.4	14	11.3
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

Con relación al concepto de relaciones sexuales, los resultados muestran que el 72.6 % tienen un nivel de conocimientos regular, un 9.7 % lo define bien, mientras que un 6.5 % lo tienen mal y un 11.3 % no contestó; por año de estudio los estudiantes de primer grado obtuvieron mejor nivel de conocimiento en la categoría bueno.

Tabla 10. Nivel de conocimientos sobre la definición de sexualidad en estudiantes, del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Definición de sexualidad	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
Bueno	3	3.9	3	6.3	6	4.8
Regular	50	65.8	30	62.5	80	64.5
Malo	13	17.1	8	16.7	21	16.9
No contestó	10	13.2	7	14.6	17	13.7
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

En relación con el concepto de sexualidad de los estudiantes (ver tabla 10) contestaron de forma regular el 64.5 %, mal el 16.9 %, bueno solo el 4.8 %, y no contestó representó un 13.8%. Se puede observar que, tanto en el

conocimiento de relaciones sexuales, como en el de sexualidad predomina el nivel de conocimiento regular en ambos grados, y habría que añadir los que fueron evaluados en el nivel mal y los que no contestaron, ya que en ambos grados son muy similares, todo lo cual es un reflejo del nivel deficiente de conocimientos sobre salud sexual que tienen los estudiantes. A juicio de la autora, esto se justifica como consecuencia del bajo nivel de educación predominante en la comunidad, la pobreza, las pocas opciones de recreación y las condiciones de hacinamiento en que viven.

Tabla 11. Nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual, en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla, Guatemala, 2013

Nivel de conocimientos	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
Bueno	1	1.3	1	2.1	2	1.6
Regular	5	6.6	2	4.2	7	5.6
Malo	67	88.2	44	91.7	111	89.5
No contestó	3	3.9	1	2.1	4	3.2
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

De igual forma, se encontró una situación desfavorable en la identificación de las ITS, pues 89.5 % las señaló de forma incorrecta o mala, un 5.6 % regular y un 3.2 % no contestó. Es preocupante que el 89.5 % no relacionó la posibilidad de contraer una ITS con la relación sexual con penetración o sin protección. Estos hallazgos muestran una falta de conocimientos muy importante con respecto a cuestiones básicas de la salud sexual, en ello pueden influir costumbres, tabúes y tradiciones de origen étnico o religioso. Además la población residente en la comunidad, de forma general, posee un nivel educacional muy bajo, lo que contribuye de forma negativa en las informaciones que pueden brindarle los padres a los hijos en aspectos relativos a la salud sexual. Presumiblemente ellos buscan la información en el momento que la

necesitan y, por lo general en estos casos se apoyan en amigos, tan inexpertos como ellos, o por los medios de comunicación.

Tabla 12. Nivel de conocimientos sobre vías de Infecciones de transmisión sexual, en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Nivel de conocimiento	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
Bueno	34	44.7	21	43.8	55	44.4
Regular	15	19.7	15	31.3	30	24.2
Malo	23	30.3	8	16.7	31	25.0
No contestó	4	5.3	4	8.3	8	6.5
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

Respecto a las áreas del cuerpo que posibilitaban adquirir una ITS se obtuvo un resultado mejor, pues un 44.4 % fue evaluado de bien y un 24.2 % regular. El 25 % fue malo y un 6.5 % no respondió. El grupo de primer año obtuvo el mayor porcentaje en el nivel de malo, pues casi duplicó al segundo año.

Tabla 13. Nivel de conocimientos sobre consecuencias de una relación coital, en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Nivel de conocimientos.	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
Bueno	16	21.1	13	27.1	29	23.4
Regular	5	6.6	0	0.0	5	4.0
Malo	6	7.9	1	2.1	7	5.6
No contestó	49	64.5	34	70.8	83	66.9
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

En cuanto a las consecuencias de una relación coital, un 66.9 % en ambos grados no respondió, junto a un 5.6 % que obtuvo mala su respuesta, un 4 % estuvo regular y un 23.4 % obtuvo bueno. El comportamiento por año de estudio fue muy similar. Aquí al igual que en la tabla anterior, a juicio de la autora, se evidencia la falta de conocimiento sobre las consecuencias de una relación sexual y los riesgos de que la mujer quede embarazada, o adquirir una ITS. Además, se puede pensar que dado los tabúes de la etnia, los estudiantes no desean responder para no quedar en evidencias sobre lo que conocen de estos tópicos.

Tabla 14. Nivel de conocimientos sobre cómo queda embarazada una mujer, en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Nivel de conocimientos	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
Bueno	10	13.2	14	29.2	24	19.4
Regular	17	22.4	17	35.4	34	27.4
Malo	41	53.9	16	33.3	57	46.0
No contestó	8	10.5	1	2.1	9	7.3
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0
Chi ² =, 11.390 ^a , gl4, P=.023						

Se preguntó sobre cómo podía quedar embarazada una mujer, en el cuestionario se brindaron varias alternativas de respuestas y sólo un 19.4 % obtuvo como resultado una evaluación de buena, el 27.4 % alcanzó regular, un 46 % hizo mal la identificación, y un 7.3 % no contestó. En la evaluación de mal, el primer año obtuvo peores resultados que el segundo, y lo confirma la prueba $\chi^2 P = .023$ indicando que existe diferencia significativa entre los dos grados. Las respuestas guardan estrecha relación con las respuestas brindadas en las tablas anteriores, que ratifican muy pocos conocimientos sobre la relación sexual, las consecuencias de la relación coital, y el desconocimiento del riesgo que tiene una mujer adolescente de quedar embarazada.

Tabla 15. Nivel de conocimientos sobre métodos para evitar embarazo en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Nivel de conocimientos	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
Bueno	2	2.6	1	2.1	3	2.4
Regular	9	11.8	5	10.4	14	11.3
Malo	61	80.3	38	79.2	99	79.8
No contestó	4	5.3	4	8.3	8	6.5
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

En relación con los métodos anticonceptivos para evitar embarazos, el 79.8 % fue evaluado mal, un 11 % regular, un 6.5 % no respondió, solo un 2.4 % respondió de forma correcta.

Hasta aquí se evidencia una situación crítica respecto a los conocimientos de los estudiantes indígenas sobre sexualidad, con respecto a las variables evaluadas.

4.2.3 Percepciones y comportamientos de los estudiantes sobre su salud sexual

A continuación, se muestran los resultados de la aplicación del cuestionario sobre sus comportamientos respecto a la salud sexual.

Tabla 16. Criterios sobre por qué se practican las relaciones sexuales, en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla, Guatemala, 2013

Criterios sobre prácticas en relaciones sexuales	Grado					
	Primero		Segundo		Total	
	No	%	No	%	No	%
Así soy más hombre	6	7.9	1	2.1	7	5.6
Así soy más mujer	4	5.3	0	0.0	4	3.2
Mis compañeros (as) lo hacen	5	6.6	2	4.2	7	5.6
Lo veo por un medio de comunicación	7	9.2	15	31.3	22	17.7
Mi novio(a) me lo pide	10	13.2	5	10.4	15	12.1
Me gusta y me hace sentir bien	9	11.8	2	4.2	11	8.9
Todas	2	2.6	4	8.3	6	4.8
No contestó	33	43.4	19	39.6	52	41.9
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0
Chi ² = 17.814 ^a , gl 9, P .037						

En la pregunta ¿por qué los jóvenes practican las relaciones sexuales? el 41.9 % no respondió y un 17.7 % señaló que se ve influenciado por los medios de comunicación, en este caso los de segundo año tuvieron un porcentaje considerablemente mayor a los de primero. El 12.1 % señaló porque su novio (a) lo pide, un 8.9 % le gusta y lo hace sentir bien, un 5.6 % porque sus compañeros lo hacen, al igual que para ser más hombres un 5.6 %, mientras que un 3.2 % para ser más mujeres, y un 4.8 % lo practica por todas las razones expuestas. Se puede observar que en segundo año la categoría de “lo veo por un medio de comunicación” es de 31.3 %, lo cual indica que la

influencia de los medios de comunicación en la juventud estudiantil tiene una influencia importante, a tomar en cuenta por los medios de educación formal.

Tabla 17. Criterios sobre la edad adecuada para tener relaciones sexuales, en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Criterios sobre edad adecuada para tener relaciones sexuales	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
10 a 13	3	3.9	0	0.0	3	2.4
14 a 16	3	3.9	6	12.5	9	7.3
17 a 19	11	14.5	10	20.8	21	16.9
20 a 22	28	36.8	21	43.8	49	39.5
23 a 25	29	38.2	9	18.8	38	30.6
No contestó	2	2.6	2	4.2	4	3.2
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

Las respuestas sobre cuál es la mejor edad para el inicio de las relaciones sexuales arrojaron que era: de 20 a 22 años un 39.5%; de 23 a 25 años un 30.6%; de 17 a 19 años un 16.9%; de 14 a 16 años un 7.3%; de 10 a 13 años un 2.4%; y no respondió un 3.2%. El grupo de primer año es el que considera una edad más joven para dar inicio a las relaciones sexuales.

Aunque la edad de inicio sexual en Guatemala es alrededor de los 15 años, estos adolescentes consideran en un porcentaje elevado que de los 17 a los 25 años es la mejor edad, lo cual pudiera estar influenciado por las tradiciones culturales de la etnia y por las creencias religiosas del grupo.

Tabla 18. Métodos anticonceptivos que utilizan los estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla, según grado. Guatemala, 2013

Métodos Anticonceptivos que utilizan	Grado					
	Primero		Segundo		Total	
	No	%	No	%	No	%
Coito interrumpido	4	5.3	1	2.1	5	4.0
Condón	35	46.1	26	54.2	61	49.2
Inyección	5	6.6	0	0.0	5	4.0
Píldora	4	5.3	5	10.4	9	7.3
T de cobre	3	3.9	0	0.0	3	2.4
Combinados	3	3.9	4	8.3	7	5.6
No contestó	22	28.9	12	25.0	34	27.4
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

Se preguntó cuáles son los métodos anticonceptivos que usan y el 49.2 % respondió que el condón. Un 27.4 % no contestó, el 7.3 % utiliza píldoras, 4 % practica el coito interrumpido. Otro 4 % utiliza inyección, un 5.6 % usa de forma combinada los anticonceptivos y el menos utilizado es la T de cobre.

Tabla 19. Estudiantes que han tenido relaciones sexuales según grado de estudio del Instituto Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Práctica de relación sexual	Grado				Total	
	Primero		Segundo		Total	
	No	%	No	%	No	%
No contestó	10	13.2	1	2.1	11	8.9
No	57	75.0	39	81.3	96	77.4
Si	9	11.8	8	16.7	17	13.7
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

Al preguntarles si ya han tenido relaciones sexuales sólo un 13.7 % de los estudiantes declaró que sí, un 77.4 % dice no haberlo hecho, y un 8.9 % no contestó. Podría asumirse que quienes no contestaron era porque si habían tenido relaciones y por prejuicio no lo declaró, lo que haría un 25.2 % que han iniciado las relaciones sexuales, cifra que no concuerda con los resultados de los que usan métodos anticonceptivos. Esto pudiera explicarse porque al responder en métodos anticonceptivos se confundieron, o porque las respuestas ocultan su práctica sexual, que generalmente comienza a edades tempranas, ratificado en los criterios vertidos por pobladores de la comunidad y el director del instituto que señalaron el inicio temprano de las relaciones sexuales.

Tabla 20. Persona con quien tuvo su primera relación sexual en estudiantes según grado del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Persona con quien tuvo su 1 ^a . R.S.	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
Mi novia (o)	5	6.6	10	20.8	15	12.1
Un amigo	2	2.6	1	2.1	3	2.4
Un extraño	3	3.9	1	2.1	4	3.2
Un pariente	1	1.3	0	0.0	1	0.8
No contestó	65	85.5	36	75.0	101	81.5
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

La pregunta sobre quién era la persona con que tuvo su primera relación sexual alcanzó un porcentaje de no respuesta del 81 %. El 12.1 % declaró que lo hizo con su novio (a) y el 2.4 % con un amigo. El 3.2 % con un extraño y el 0.8 % con un pariente. Llama la atención que a su edad los estudiantes tengan relaciones por su voluntad con extraños y parientes, por lo que se podría presumir que han sido personas abusadas sexualmente, aunque la cifra es

pequeña. El grado que reportó esta situación fueron los de primer año, lo cual podría estar vinculado con lo dicho, ya que son más jóvenes.

Tabla 21. Principal motivo para tener relaciones sexuales, según grado en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala 2013

Motivo para tener relaciones sexuales	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
Por amor	21	27.6	8	16.7	29	23.4
Por curiosidad	0	0.0	5	10.4	5	4.0
La obligaron	1	1.3	0	0.0	1	0.8
Porque la mayoría lo hacen	3	3.9	0	0.0	3	2.4
Todos lo hacen	1	1.3	0	0.0	1	0.8
No contestó	50	65.8	35	72.9	85	68.5
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0
Chi ² = 13.137 ^a gl6 P=.041						

El principal motivo por el cual tuvieron relaciones sexuales fue por amor, con un 23.4 %, no contestó un 68.5 %. Un 4 % respondió que por curiosidad. El grupo de primer año fue quien mayor porcentaje respondió (27.6 %) por amor; mientras que en segundo año es por curiosidad y por amor. Esta diferencia se comprueba en la prueba de χ^2 valor $P= .041$, que indica la diferencia marcada que hubo en ambos grados.

**Tabla 22. Edad de la persona con quien tuvo su primera relación sexual,
según grado en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa
Cruz Chinautla. Guatemala, 2013**

Edad de la persona con quién tuvo su 1ª R.S.	Grado				Total	
	Primero		Segundo		No	%
	No	%	No	%		
Más o menos de mi edad	5	6.6	4	8.3	9	7.3
Mucho más joven que yo	3	3.9	5	10.4	8	6.5
Más viejo/a que yo	2	2.6	0	0.0	2	1.6
Yo no sé	9	11.8	4	8.3	13	10.5
No contestó	57	75.0	35	72.9	92	74.2
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

En la pregunta sobre la edad de la persona con quien tuvo su primera experiencia coital, se obtuvo que el 74.2 % no contestó, el 10.5 % no sabe, 7.3 % dicen que tenía su edad, el 6.5 % declaró que era mucho más joven que ellos y de más de edad que ellos solo un 1.6 %. En este caso, el 30 % de los hombres manifestó su respuesta en diferentes edades y el 17 % de las mujeres de igual forma.

Tabla 23. Valoración sobre cuándo piensa tener relaciones sexuales según grado, en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Cuándo piensa tener relaciones sexuales	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
Dentro de 3 meses	4	5.3	3	6.3	7	5.6
A finales de año	2	2.6	0	0.0	2	1.6
Cuando me gradué de la escuela en la que estoy	8	10.5	7	14.6	15	12.1
Cuando yo esté en mis 20 años	26	34.2	10	20.8	36	29.0
Cuando me case	12	15.8	15	31.3	27	21.8
Yo no sé	10	13.2	4	8.3	14	11.3
No contestó	14	18.4	9	18.8	23	18.5
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

La actitud del estudiante respecto al momento que considera adecuado para tener relaciones sexuales, refleja que un 29 %, será "cuando esté en mis 20 años", el 21.8 % respondió "cuando me case", y el 12.1 % considera que debe ser "cuando salga de tercero de educación básica". Respondió dentro de 3 meses el 5.6 %, no sabe un 11.3 % y no contestó un 18.5 %.

Tabla 24. Valoración sobre cuándo piensa tener relaciones sexuales según sexo, en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Cuándo piensa tener relaciones sexuales	Grado				Total	
	Hombre		Mujer			
	No	%	No	%	No	%
Dentro de 3 meses	6	5	1	1	7	5.6
A finales de año	2	2	0	0	2	1.6
Cuando me gradué de la escuela en la que estoy	8	6	7	6	15	12.1
Cuando yo esté en mis 20 años	26	21	10	8	36	29.0
Cuando me case	11	9	16	13	27	21.8
Yo no sé	5	4	9	7	14	11.3
No contestó	15	12	8	6	23	18.5
Total	73	59	41	41	124	100.0

En relación con el sexo, los hombres son quienes principalmente piensan tener relaciones sexuales “cuando tenga mis 20 años” (el 21 %) y las mujeres un 8 %; mientras que un 9 % de los hombres respondieron “cuando me case”, y en las mujeres fue el 13 %. Los valores encontrados muestran una diferencia de género respecto a cuál es la edad o momento adecuado para el inicio de la vida sexual.

Tabla 25. Valoraciones de los estudiantes sobre qué pensó de su primera relación sexual según grado, Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Qué pensó de su primera relación sexual	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
Se alegró de hacerlo	8	10.5	5	10.4	13	10.5
Se arrepintió de haberlo hecho	2	2.6	6	12.5	8	6.5
Se sintió avergonzado (a)	3	3.9	0	0.0	3	2.4
Se asustó por un embarazo o enfermedad	0	0.0	2	4.2	2	1.6
No le agradó	3	3.9	0	0.0	3	2.4
No contestó	60	78.9	35	72.9	95	76.6
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0
Chi ² = 11,5, gl= 5, P=0.042						

Respecto a la impresión que le provocó su primera relación sexual solo el 10.5 % se alegró, se destaca que un 76 % no contestó, lo cual corresponde con otros aspectos indagados, relativos a la práctica sexual sobre las que ha habido un alto porcentaje de no respuesta. Un 12 % señaló que “se alegró de haberlo hecho” y un 6.5 % se arrepintió, un 2.4 % se avergonzó y solo un 1.6 % se asustó por pensar en un embarazo o contagiarse con una infección. La prueba de Chi² indica que para esta variable si hay diferencia significativa de respuesta para ambos grupos, puede deberse a que unos encontraron sentir vergüenza en el caso de los de primero y los de segundo no, pero estos últimos se asustaron por un embarazo.

Tabla 26. Criterio sobre quién es el responsable de evitar los embarazos según grado en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Responsable de evitar embarazos	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
La mujer	10	13.2	4	8.3	14	11.3
El hombre	5	6.6	7	14.6	12	9.7
Hombre y mujer	54	71.1	32	66.7	86	69.4
No contestó	7	9.2	5	10.4	12	9.7
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

Al indagarse sobre de quién es la responsabilidad de protegerse en la relación sexual, el 69.4 % señaló que el hombre y la mujer. Un 11.3% consideran que la mujer contra un 9.7 % el hombre, y hubo un 9.7 % que no contestó. El grupo de segundo año considera en mayor porcentaje (14.6 %) que son los hombres, criterio que se debe de tomar en cuenta, y que en su mayoría son las mujeres quienes consideran tener esa responsabilidad, por eso a ellas es a las quienes va dirigida la mayor parte de actividades de educación en Guatemala.

Tabla 27. Uso de condón en su primera relación sexual según grado, en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Uso del condón	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
No contestó	51	67.1	32	66.7	83	66.9
No	10	13.2	5	10.4	15	12.1
Sí	15	19.7	11	22.9	26	21.0
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

Acerca del uso del condón en la primera relación sexual, hubo un 66.9 % que no contestó, un 21 % señaló que se protegió, y un 12.1 % no lo hizo. Esto indica que ha habido un alto riesgo de contraer una ITS o embarazo, sobre todo, si se asume que muchos de los que no contestaron fue porque no se protegió.

Tabla 28. Uso de anticonceptivos en su primera relación sexual según grado, en estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Uso de Anticonceptivos en la 1ª R.S.	Grado				Total	
	Primero		Segundo			
	No	%	No	%	No	%
No contestó	54	71.1	37	77.1	91	73.4
No	15	19.7	5	10.4	20	16.1
Sí	7	9.2	6	12.5	13	10.5
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0

Respecto al uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, el 73.4 % no contestó, el 16 % no utilizó ninguno y solo un 10 % si usó. Esto pone nuevamente en evidencia que solo un pequeño porcentaje está protegido.

Como puede apreciarse, las respuestas brindadas por los estudiantes no permiten tener una información completa acerca de los comportamientos que tienen en relación con su salud sexual. Se podría suponer que las opciones de no contestar responde a varias razones, y una de ellas es para que en el instituto no se perciba la realidad de sus comportamientos. Su nivel de conocimientos reflejan una inadecuada educación sexual y la presencia de mitos y tabúes respecto al sexo, unido a procesos de transculturalidad y diferencias de género.

4.2.4 Tipo de educación al que han tenido acceso para aprender sobre salud sexual

A continuación, se muestran los resultados de las preguntas realizadas para conocer los medios a los cuales tuvo acceso el estudiante para informarse sobre sexualidad, así como los que ellos prefieren y consideran mejores.

Tabla 29. Medio de educación formal al que tiene acceso, considera y prefiere para informarse sobre salud sexual según grado, en los estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Medio	Ha tenido acceso						Considera mejor						Prefiere					
	Grado						Grado						Grado					
	Primero		Segundo		Total		Primero		Segundo		Total		Primero		Segundo		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Ninguno	1	1.3	0	0.0	1	0.8	1	1.3	0	0.0	1	0.8	2	2.6	0	0.0	2	1.6
Maestro u orientador	69	90.8	43	89.6	112	90.3	42	55.3	24	50.0	66	53.2	46	60.5	25	52.1	71	57.3
No contestó	6	7.9	5	10.4	11	8.9	33	43.4	24	50.0	57	46.0	28	35.5	23	47.9	51	41
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0	76	100.0	48	100.0	124	100.0	76	100.0	48	100.0	124	100.0

Con referencia a los medios de comunicación para educarse sobre sexualidad, el 90.3 % respondió que ha tenido acceso al tema con sus maestros u orientadores, un 8.9 % no contestó. Un 53.2 % consideran que es mejor la educación sexual a través de un medio formal y un 46 % no respondió. Prefieren recibirla de un maestro u orientador en un 57.3 % y no contestó un 37.9 %. Al comparar los dos grados de estudio (primero y segundo) hubo resultados muy homogéneos en sus respuestas, aun así, llama la atención que casi la mitad de estudiantes no contestó en cuanto a qué prefieren y qué consideran es mejor. Además al observar los porcentajes indican que el medio de educación formal no es la mejor opción que perciben parte del grupo de

estudiantes, también pudiera suponerse que a pesar de que la mayoría ha tenido acceso a ella no les ha gustado.

Tabla 30. Medio de educación no formal al que tiene acceso, considera y prefiere para informarse sobre salud sexual según grado, en los estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Medio	Ha tenido acceso						Prefiere						Considera					
	Grado				Total		Grado				Total		Grado				Total	
	Primero		Segundo				Primero		Segundo				Primero		Segundo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Iglesia	0	0	0	0	0	0	3	3.9	4	8.3	7	5.6	4	5.3	3	6.3	7	5.6
Puesto de salud	19	25.0	11	22.9	30	24.2	27	35.5	18	37.5	45	36.3	18	23.7	12	25.0	30	24.2
Escuelas Abiertas	10	13.2	10	20.8	20	16.1	13	17.1	5	10.4	18	14.5	7	9.2	3	6.3	10	8.1
No contestó	42	55.3	25	52.1	67	54.0	33	43.4	21	43.8	54	43.5	47	61.8	30	62.5	77	62.1
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0	76	100.0	48	100.0	124	100.0	76	100.0	48	100.0	124	100.0

El medio de educación no formal al que el estudiante ha tenido acceso ha sido el puesto de salud con un 24 %; las Escuelas Abiertas con un 16.1 %; y no contestó el 54 %. Los estudiantes que prefieren informarse en el puesto de salud representan el 36 %; mientras que el 14.5 % señaló las Escuelas Abiertas, el 5.6% la iglesia, y el 43% no contestó. Consideran que es mejor el puesto de salud el 24.2%, y el 8.1% Escuelas Abiertas, el 5.6 % la iglesia y el 62.1 % no contestó. El medio no formal de mayor acceso ha sido el puesto de salud que pertenece al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pero su cobertura es muy baja, así como el impacto que ha generado en los estudiantes, aun así se considera por los estudiantes como una buena opción. Llama la atención que a pesar de que no han tenido acceso a información sobre educación sexual desde la iglesia, un porcentaje reducido preferiría y considera que sería una buena opción para aprender. Más de la mitad de los estudiantes no contestaron sobre que prefieren y que consideran al respecto, lo cual podría atribuirse a que no es la mejor opción para educarse sobre la salud sexual.

Tabla 31. Medio de educación informal al que tiene acceso, considera y prefiere para informarse sobre salud sexual según grado, en los estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla, Guatemala, 2013

Medio	Ha tenido acceso						Prefiere						Considera					
	Grado				Total		Grado				Total		Grado				Total	
	Primero		Segundo				Primero		Segundo				Primero		Segundo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Radio	3	3.9	0	0.0	3	2.4	5	6.6	1	2.1	6	4.8	1	1.3	2	4.2	3	2.4
Televisión	17	22.4	13	27.1	29	24.2	7	9.2	6	12.5	13	10.5	5	6.6	3	6.3	8	6.5
Revista	0	0	0	0	0	0	4	5.3	1	2.1	5	4.0	5	6.6	1	2.1	6	4.8
Internet	6	7.9	3	6.3	9	14	4	5.3	1	2.1	5	4.0	7	9.2	2	4.2	9	7.3
Teléfono celular	1	1.3	0	0.0	1	0.8	3	3.9	1	2.1	4	3.2	2	2.6	0	0.0	2	1.6
Algún familiar y amigos	0	0.0	2	4.2	4	1.6	14	18.4	6	12.5	20	16.1	12	15.8	12	25.0	24	19.4
Todos	10	13.2	10	20.8	33	16.1	3	3.9	5	10.4	8	6.5	5	6.6	6	12.5	11	8.9
No contestó	39	51.3	20	41.7	93	47.6	37	48.7	27	56.3	64	105.6	39	51.3	22	45.8	61	47.1
Total	76	100.0	48	100.0	124	100.0	76	100.0	48	100.0	124	100.0	76	100.0	48	100.0	124	100.0

En la pregunta sobre los medios de educación informal a que ha tenido acceso, los más mencionados fueron la televisión con un 24.2 %, todos los medios respondió un 16.1 %, internet un 7.3%; y el 47.6 % no contestó. En cuanto al medio que prefieren, respondieron que algún familiar o amigo y la televisión; hubo un 51 % que no contestó. El 19.4 % consideran que la mejor forma de recibir información sobre salud sexual es a través de familiares o amigos, un 8.9 % todos los medios, el 7.3 % internet y un 6.5% la televisión; el 49.2 % no respondió.

Se evidencia que la mejor alternativa de los estudiantes para recibir información sobre salud sexual son los familiares o amigos y la televisión. Dado el contexto

en que viven y el bajo nivel cultural de la familia, esto no resulta adecuado; además los amigos tienen conocimientos tan limitados como ellos. También se reflejó su preferencia por las revistas e internet. En cuanto a la primera alternativa, los adolescentes tienden a ver revistas con un alto contenido erótico sexual que transmite ideas equivocadas sobre el sexo, pues se circunscriben solo al mensaje erótico y de placer, sin abarcar algún tema educativo que se relacione con la salud sexual del ser humano de forma integral y proactiva. Por otro lado, internet es un medio sumamente importante para aprender sobre salud sexual si se sabe buscar, de lo contrario es un factor de riesgo por los *pop up* o *adware, spyware*⁴ comerciales que los jóvenes activan porque desconocen y por la curiosidad que genera cuando aparece el mensaje erótico.

Es importante destacar que el teléfono celular, aunque fue poco seleccionado, es otro medio que en la población surge cada día con más fuerza; a pesar de la pobreza en que viven ellos muchos tienen acceso al celular, que también proporciona información mediante respuestas a preguntas.

4.3 Resultados de las técnicas cualitativas para el diagnóstico

4.3.1 Resultados de la técnica de Grupo Nominal

Al plantear la pregunta **¿Cómo prefieren aprender sobre educación sexual y por qué?** y **¿cómo prefieren aprender sobre sexualidad?**, los estudiantes respondieron lo siguiente, y en orden de prioridad:

Primero

1º En las clases del instituto

2º Mediante clases con maestros

3º Que los padres platiquen con ellos sobre la relación sexual

4º Que la mamá les enseñe

5º Que nos den períodos de lectura sobre salud sexual

⁴ Los *pop up, adware, spyware*: son ventanas que se abren automáticamente de manera intrusiva en internet cuando se está buscando algún tema de interés, estas ventanas pueden traer cualquier mensaje publicitario inclusive de contenido erótico sexual.(148)

6º Consultando internet en la noche

7º Aprendiendo con tíos, primos, amigos de la calle y por televisión

Segundo

Expresaron que el momento adecuado para aprender era:

1. En los períodos de clase
2. Entre semana por la tarde
3. Domingo en la mañana
4. Sábado por la tarde
5. Cuando estén desocupados

El lugar donde consideran apropiado para recibir esa educación es en la escuela o instituto en primer orden, luego en el hogar o la casa y por internet, en orden de prioridad.

Tercero

Expresaron que han aprendido conocimientos o prácticas incorrectas (malas) sobre salud sexual con sus amigos o compañeros de la calle, revistas, televisión y cable, internet, teléfono celular, tíos y primos.

Los estudiantes prefieren que los padres sean los que brinden educación, pero su nivel educativo limita en ocasiones las explicaciones o la información que los hijos requieren; sin embargo el conocimiento empírico y la experiencia puede constituirse en un elemento formador. Así mismo de no ser los padres, prefieren que se les brinde educación en el instituto o escuela, situación que se complementa con que prefieran que sus maestros los enseñen. De igual forma resulta favorable el hecho que expresen como alternativa el acceso a lecturas educativas y motivacionales sobre el tema en períodos específicos, situación que podría ser de gran utilidad como metodología de trabajo para los maestros.

Otras alternativas que mencionaron con menos grado de importancia fueron internet y otros familiares, situación que no se da bajo la supervisión de un

adulto, y que al no tener las instrucciones adecuadas puede convertirse en un factor de riesgo para los estudiantes. El momento en que los estudiantes prefieren aprender sobre salud sexual es en el instituto en los períodos de clase, lo cual favorece al sistema educativo, ya que los estudiantes lo visualizan como un elemento a su favor, situación contraria al promoverla los fines de semana.

También destacaron que sus maestros explican claro, porque son personas con experiencia y preparación, y valoran positivamente que en el instituto pueden aprender, al igual que con sus padres por su experiencia.

En cuanto a la obtención de conocimientos o prácticas incorrectas (malas) sobre salud sexual reconocen que “confían más en sus hermanos y amigos que en sus padres y maestros”. Estos últimos son los menos buscados, por otro lado, los estudiantes reconocen que las influencias negativas vienen de los amigos, compañeros de la calle, internet, televisión, teléfonos celulares, revistas, y en algunos casos de los primos. Exponen que son los maestros o sus padres, preferentemente la mamá, quienes tendrían que brindarles una buena educación sexual.

Se debe reconocer que los medios de educación informal, por ejemplo, la radio, televisión, amigos de la calle, internet y celulares, en ocasiones, proporcionan conocimientos que tergiversan la realidad o son erróneos en el tema de la salud sexual.

4.2.1 Resultados de entrevistas a padres de familia y líderes comunitarios

En los discursos de las entrevistas a profundidad, se reflejó la necesidad de educar en salud sexual a los estudiantes y además se reconoce que el instituto es el lugar ideal para ello. En las valoraciones se reconoce que los estudiantes

tienen problemas de conocimientos y comportamientos respecto al sexo. Algunas valoraciones permiten observar lo planteado.

Una madre señaló: "Es importante educarlos en esas cosas del sexo porque los patojos (adolescentes) desde antes de los 12 a 15 años, ya tienen relaciones de noviazgo, y ellos se buscan lugares peligrosos y solitarios para tener sexo, los padres no los pueden controlar, yo misma trabajo y no me doy cuenta de lo que mis hijas hacen, ahora los patojos tienen sexo muy pronto y por eso muchas niñas quedan embarazadas, sería muy bueno que en el instituto les enseñen de eso, porque a uno de papá no le hacen caso".

Otra madre expresó: "Es preocupante como muchas patojas quedan embarazadas y recurren al aborto, además no existe algún lugar que las atienda menos que les dé educación de enfermedades y embarazos, ellos no van al puesto de salud, por eso a veces se complican, hay que enseñarlos para que se cuiden".

Un padre expresó: "Sería importante que también a los padres nos enseñaran sobre el sexo, porque hay muchas cosas que uno de hombre no sabe y que sería importante aprender para enseñarles bien a los chamacos y cuidarse uno, usted sabe que uno de hombre es diferente la situación y la mayoría hemos aprendido solos".

Por su parte, el párroco de la Iglesia Católica refirió esta expresión: "Es necesario brindar a los jóvenes orientación sobre los riesgos que se corren al tener relaciones sexuales a temprana edad. Le cuento que al frente de la iglesia observo constantemente que los jóvenes después de clases por la tarde se reúnen al atardecer con su pareja mostrando contacto íntimo, también he observado que cuando he bautizado bebés las mujeres tienen edades entre 13, 14 y 16... considero que internet y el teléfono celular han sido una influencia negativa en cuanto a promover en los adolescentes tipos de conducta sexual

desordenada e inadecuada... disculpe mi expresión, pero las jóvenes parecen palomillas porque las mujercitas son las que andan tras los hombres provocándolos, ...creo que es importante dar educación sexual a este grupo ya que como párroco solo abordo el tema desde la moral, de vez en cuando”.

También el pastor de la Iglesia Evangélica en su discurso enfatiza la necesidad de la educación sexual, señaló: “Qué bueno que se acerque para tratar este tema tan delicado, déjeme contarle que antiguamente a los jóvenes se les tenía ocupados en trabajos en el campo agrícola, labrando la tierra y sembrando de sol a sol, por lo que no existía tiempo para pensar tanto en actos sobre sexualidad, pero ahora, después de los estudios, los adolescentes ya no ocupan su tiempo, sus compañeros tampoco lo ocupan por lo que se dedican a caminar por las calles, y buscar problemas o parejas que los perjudican afectando su futuro, haré oración para que Dios la guie por el buen camino y pueda ayudar a los jóvenes a educarse”.

La encargada de la Alcaldía Auxiliar destacó que: “Bueno... es importante que los jóvenes adolescentes tengan una educación sexual que impacte en ellos, y el instituto es el mejor, ya que me he dado cuenta que el punto donde se concentra la mayoría de ellos, es en ese lugar, con el apoyo de los maestros, donde daría resultado dar educación sexual”.

La auxiliar de enfermería del Puesto de Salud del Ministerio de Salud y Asistencia Social destaca en su discurso: “En lo que va del año se atiende bastante el control prenatal, ya he atendido a mujeres de 12 años, 14 a 19 años, pero no hay registros porque este año comencé aquí... aquí hay una educadora en salud que imparte diversos temas de acuerdo a la demanda, pero eso no lo resuelve todo, hay que buscar más alternativas y el instituto puede ayudar mucho”.

Por su parte, el Director del Instituto señaló que: “Durante el período escolar, cada año, se presenta en los estudiantes embarazos, considero y me he dado cuenta que existe relaciones sexuales desordenadas, uniones condicionadas por embarazos cuando terminan el tercero grado básico o antes, yo tengo contacto con ex estudiantes del pueblo y he observado que al terminar su tercer grado de educación básica deciden por optar la vida en unión de pareja, en forma desordenada, ya que tienen otra pareja a parte de la esposa, a pesar de tener tan corta edad; también me he dado cuenta que en los últimos años, que los medios electrónicos, influye en los jóvenes quienes se interesan por obtener y conocer sobre sexo, además de que los mensajes por teléfono celular tienen promoción de mujeres que provocan, son comunes para quienes manejan celular, en el caso de los jóvenes que trabajan”.

Añade: "El acceso a internet lo tienen en algunos locales pequeños de la comunidad, pero no hay quien lo supervise, aquí no se les ha podido dar una educación adecuada sobre el tema de las relaciones sexuales, de forma verdaderamente impacte a los estudiantes, ya que lo que contempla el pensum de estudios de educación básica dictado por el Ministerio de Educación, no va de acuerdo a la idiosincrasia cultural de la etnia de este pueblo, ni a lo que se ve aquí con los estudiantes, muchos pobladores no permiten que se les hable de eso, aunque los maestros hacen lo posible por brindarles una educación de calidad, yo si le digo, cualquier propuesta educativa sobre sexo hay que negociarla con los padres”.

Finalmente, puede señalarse que las valoraciones de actores sociales y padres se dirigen a reconocer la falta de conocimiento sobre salud sexual en los adolescentes y que muchos de ellos están en situación de riesgo. Hubo coincidencia de que el instituto es el lugar idóneo para educarse sobre salud sexual, siempre enmarcada en las costumbres y respeto de la etnia y con el apoyo de los padres.

4.3.2 Resultados de la discusión grupal con madres y estudiantes

Los estudiantes sugieren que en las actividades educativas sobre salud sexual, que se desarrollen en el instituto, se debatan los siguientes temas:

- Conceptos básicos sobre sexualidad. Desarrollo y crecimiento, sexo, identidad sexual, orientación sexual, género y rol de género.
- Las ITS y el VIH, formas de contagio de las ITS.
- El embarazo. Formas de quedar embarazada, consecuencias de un embarazo no deseado y mortalidad materna.
- Sexualidad responsable. Uso del condón, la negociación del condón, Demostración y derechos sexuales.
- Amor y comunicación en la relación de parejas.

Sin embargo, al consultar a las madres, ellas son conscientes de la necesidad que tienen sus hijos de saber más sobre salud sexual, ya que ellas o los padres no pueden orientarlos correctamente y consideran que las actividades en el instituto pueden ayudar. Propusieron los siguientes temas, ya que están más acorde con la cultura de su etnia y a sus creencias religiosas:

- Crecimiento y desarrollo
- Sexualidad y relaciones sexuales
- Infecciones de transmisión sexual
- Responsabilidad del hombre y la mujer en las relaciones sexuales
- Condiciones para la toma de decisión en una relación de pareja

Los resultados por las diferentes técnicas utilizadas muestran coincidencia sobre las vías que prefieren los estudiantes para recibir educación sobre salud sexual.

4.3.3 Triangulación de resultados

Triangulación de la información a partir de diferentes resultados de entrevistas, grupos nominales, observación en la comunidad y en el Instituto de Educación Básica Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Enfoque cualitativo	
Entrevista/Grupos nominales	Observación
<p>Se reúnen en lugares peligrosos y solitarios para tener prácticas sexuales o contactos íntimos. Los padres no los pueden controlar pues trabajan y no saben lo que los hijos hacen.</p> <p>Consideran muy favorable que se trate el tema de la sexualidad, que para ellos es tan delicado. Antes se pensaba poco sobre sexualidad porque los jóvenes se ocupaban en el trabajo, en el campo agrícola y no existía tiempo para pensar en sexo.</p>	<p>Un río al centro de la comunidad contaminado por drenajes de la ciudad capital.</p> <p>Estructura de la vivienda con un solo ambiente para toda la familia.</p> <p>Áreas al aire libre para recreación y deportivas.</p> <p>Acceso a internet en local del centro de la comunidad.</p> <p>Inexistencia de grupos organizados por la comunidad para apoyo de los jóvenes.</p>
<p>Conclusión por triangulación</p> <p>Riesgo de embarazarse y contraer ITS por prácticas sexuales, además hay enfermedades producidas por agua y alimentos contaminados.</p> <p>Acceso a conocimientos y prácticas inadecuadas sobre relación sexual coital por falta de orientación y supervisión de personas adultas responsables.</p> <p>El hacinamiento hacen que duerman con sus padres, lo cual despierta tempranamente el interés por las relaciones sexuales genitales</p> <p>Acceso sin supervisión a Internet y lugares baldíos solitarios de la comunidad que propician que las parejas se reúnan por las noches.</p> <p>Inexistencia de organizaciones que apoyen a jóvenes para fomentar promoción en la salud sexual.</p>	

Enfoque cuantitativo	Enfoque cualitativo	
Cuestionario	Entrevista	Observación
<p>El 66.9 % de estudiantes pasa el tiempo platicando con sus amigos en cualquier lugar de la comunidad.</p> <p>El 100 % habla y escribe el idioma español.</p> <p>El 28.2 % de los estudiantes domina el poqoman</p> <p>El 71 % es de religión católica y el 21 % pertenecen a la religión evangélica.</p>	<p>Expresan que después de los estudios, los adolescentes ya no ocupan su tiempo en cosas buenas y sus compañeros tampoco lo hacen, por lo que se dedican a caminar por las calles y buscar problemas o parejas que perjudican y afectan su futuro.</p> <p>Es necesario que se ayude a los jóvenes y que Dios los guie.</p>	<p>Grupos de jóvenes platicando en el parque.</p>
<p>Conclusión por triangulación</p> <p>Estudiantes vulnerables a riesgos sociales con sus pares por falta de quehacer fuera del tiempo de estudios y de control de los padres o un adulto responsable de ellos.</p> <p>Riesgo de extinción de la lengua poqoman (costumbre y tradiciones) por predominio de idioma español y aculturación por influencia occidental.</p>		

Questionario	Entrevista	Discusión grupal con profesores y madres
<p>El 65.3 % no conoce sobre desarrollo del adolescente El 26.6 % de los estudiantes no conoce sobre crecimiento.</p> <p>El 72.6 % conoce de forma regular sobre relaciones sexuales y el 64.5 % sobre sexualidad. El resto no tiene conocimientos de lo mismo.</p> <p>El 89.5 % no conoce sobre ITS.</p> <p>El 31 % no conoce y el 30 % es regular.</p> <p>El 66 % no contestó sobre los conocimientos.</p> <p>El 46 % no conoce sobre cómo se embaraza la mujer en la relación coital.</p> <p>El 79.8 % no conoce sobre métodos para evitar embarazos</p>	<p>“No existe ningún lugar que les dé educación sobre enfermedades que se transmiten por el sexo y cómo evitar el embarazo”.</p> <p>“Es preocupante como muchas patojas quedan embarazadas y recurren al aborto”.</p> <p>“Es necesario brindar a los jóvenes orientación sobre los riesgos que se corren al tener relaciones sexuales a temprana edad”.</p> <p>“Ahora los patojos tienen sexo y por eso muchas niñas quedan embarazadas”.</p> <p>“En lo que va del año se atiende bastante control prenatal”.</p>	<p>Durante el período escolar, cada año se presenta en los estudiantes embarazos, y existen relaciones sexuales desordenadas. Muchos al terminar la educación básica deciden unirse en pareja, en forma desordenada y a pesar de tener tan corta edad.</p>
<p>Conclusión por triangulación</p> <p>Conocimientos insuficientes sobre crecimiento y desarrollo, infecciones de transmisión sexual y vías de transmisión de ITS.</p> <p>Riesgo en las relaciones sexuales coitales, causas de embarazo y métodos anticonceptivo.</p> <p>Riesgo de infecciones de transmisión sexual y de embarazos en los estudiantes por falta de orientación y formación educativa en salud sexual, por parte de las autoridades de la localidad y padres de familia que se interesen en el tema.</p>		

Enfoque cuantitativo	Enfoque cualitativo
Questionario	Entrevista
<p>El 17.7 % de estudiantes se motiva por un medio de comunicación.</p> <p>El 12.1 % lo hace por la petición del novio o la novia.</p> <p>El amor</p> <p>Un 68.5 % no contestó.</p> <p>Señalan edades por encima de los 17 años, sin embargo en la práctica no es así.</p> <p>Predominan los que declaran no haber tenido relaciones sexuales.</p> <p>El novio (a) es la persona más seleccionada.</p> <p>Consideran mayoritariamente que es de ambos 69 %.</p> <p>Y el 11.3 % consideran que es la mujer.</p> <p>El 50 % usaría condón.</p> <p>El 12.1 % no se protegió, solo un 21 % lo hizo y un 66.9 % no contestó</p>	<p>“También he observado que cuando he bautizado bebés, las mujeres tienen edades entre 13,14, y 16”.</p>

Conclusión por triangulación

Dentro de las principales influencias para prácticas de relaciones sexuales se encuentra motivado por los medios de comunicación y en segundo lugar por la petición del novio o la novia.

El principal motivo para dar inicio a las relaciones sexuales es por amor.

El porcentaje de jóvenes que refiere que ha tenido relaciones sexuales es bajo, pero hay respuestas a preguntas que resultan contradictorias, y hacen suponer que ocultan la realidad por temor o el tabú que se maneja en su cultura sobre las relaciones sexuales coitales en la edad adolescente.

Los estudiantes consideran que la persona responsable para prevenir embarazos es la pareja, aunque una cifra no despreciable dicen que es la mujer.

La mitad de estudiantes utilizarían el preservativo como factor protector, cifra que resulta baja. También hay estudiantes que han practicado las relaciones sexuales sin protección, lo que indica una situación de riesgo para su salud.

Triangulación de la información a partir de diferentes resultados de entrevistas, cuestionario, grupos nominales, discusión grupal con profesores. Instituto de Educación Básica Santa Cruz Chinautla. Guatemala, 2013

Tipo de educación <u>formal</u> , por el que reciben, prefieren y por el que consideran es mejor			
Enfoque cuantitativo	Enfoque cualitativo		
Cuestionario	Entrevista	Grupos nominales	Discusión grupal (profesores)
El 90.3 % ha tenido acceso mediante la educación formal. El 57.3 % con maestro u orientador El 37.9 % no contestó. El 53 % seleccionó al maestro u orientador. El 46 % no contestó.	Consideran que el lugar donde se concentra la mayoría de los estudiantes, es en el instituto, y por tanto es el lugar más adecuado para dar educación sexual. Sería bueno que en el instituto les enseñen porque a uno de papá no le hacen caso.	Expresan que en el instituto es mejor para aprender, en clases con los maestros y con períodos de lectura. Indicaron que los maestros explican claro, porque son personas con mayor experiencia, y en el instituto pueden aprender.	El pènsum de educación básica dictado por el Ministerio de Educación, no va de acuerdo con la idiosincrasia cultural de este pueblo, ni a lo que se ve aquí con los estudiantes, lo cual no permite su aceptación por parte de muchos pobladores.
Aunque la mayoría de los estudiantes ha tenido acceso al tema de la sexualidad en la educación formal, no todos la prefieren a través del maestro u orientador, muchos desearían a sus padres como educadores. Reconocen al instituto como el lugar ideal para impartir conocimientos sobre sexualidad con contenidos adecuados, con la cultura y necesidades particulares de la etnia.			

Tipo de educación no formal, por el cual reciben y prefieren información, y consideran es mejor	
Enfoque cuantitativo	Enfoque cualitativo
Cuestionario	Entrevista
<p>El 22.9 % señaló el puesto de salud y 20.8 % Escuelas Abiertas.</p> <p>El 36.3 % eligió puesto de salud y 14.5 % las Escuelas Abiertas, un 5.6 % prefiere la iglesia.</p> <p>El 24.2 % el puesto de salud, y el 8.1 % las Escuelas Abiertas y la iglesia.</p>	<p>Señalan dificultades para la atención en salud de las mujeres, orientación sobre ITS y embarazos. Muchas mujeres no van al puesto de salud.</p> <p>El puesto de salud tiene una auxiliar de enfermería, pero hace muy poca labor educativa. Hay una educadora en salud que imparte diversos temas de acuerdo con la demanda.</p> <p>Valoran como importante dar educación sexual a este grupo por diferentes vías.</p>
<p>Conclusión por triangulación</p> <p>Los estudiantes no cuentan con alternativas para solucionar los problemas sobre sexualidad, y la orientación y educación sobre salud sexual es escasa, ya que solo un cuarto de los estudiantes ha tenido acceso al puesto de salud y en menor porcentaje a las Escuelas Abiertas, estas junto a la iglesia las consideran como importante.</p>	

Tipo de educación <u>informal</u> , por el cual reciben y prefieren información, y consideran es mejor			
Enfoque cuantitativo	Enfoque cualitativo		
Cuestionario	Entrevista	Grupos nominales	Discusión grupal (profesores)
<p>El 16.1 % propone todos los medios de educación informal disponible y el 24.2 % por televisión.</p> <p>El 10.5 % televisión</p> <p>El 16.1 % algún familiar y amigos</p> <p>El 6.5 % televisión</p> <p>El 7.3 % internet</p> <p>El 19.4 % algún familiar</p> <p>El 8.9 % todos los medios</p>	<p>Refieren que internet y el celular ha influido de forma negativa en la promoción de conductas sexuales.</p> <p>Refieren importante que los padres se les enseñaran, porque hay muchas cosas que uno de hombre no sabe y que sería importante aprender para enseñarles a los hijos a cuidarse</p>	<p>En internet, la televisión y a través de tíos primos, amigos de la calle.</p> <p>Prefieren con los padres, principalmente la madre.</p> <p>Con sus padres describieron que preferían aprender por su experiencia.</p> <p>Expresaron y reconocen que han aprendido conocimientos o prácticas incorrectas (malas) sobre el tema de sexualidad con sus amigos o compañeros de la calle, revistas, televisión, cable, internet, y familiares.</p>	<p>Expresan que en los últimos años, los medios electrónicos, son una vía de comunicación e información que influye en los jóvenes, quienes se interesan por obtener información sobre sexo. Los jóvenes que trabaja acuden a los mensajes por teléfono celular con promoción de mujeres que provocan.</p> <p>El acceso a internet lo tienen en algunos locales pequeños de la comunidad, pero no hay quien los supervise. Aquí no se les ha podido dar una educación en el tema de las relaciones sexuales que verdaderamente impacte.</p>

Conclusión por triangulación

Los medios de educación informal han estado al alcance de los estudiantes, principalmente la televisión, el internet, el celular y sus amigos, que a su vez son considerados como una influencia negativa que promueve conductas sexuales inadecuadas y de riesgo.

Los estudiantes consideran que la educación sexual debe de estar a cargo de los padres de familia, principalmente la madre, y los padres de familia están conscientes de la necesidad de aprender para poder orientar a sus hijos.

4.3.4 Discusión de resultados

En relación con la educación sexual formal, la familia es la primera "educadora sexual" de los/as niños/as, pero cuando estos empiezan su escolarización, el nivel inicial en la escuela se constituye en educadores sexuales muy relevantes, y deberían complementar a la familia en esta tarea. En el contexto investigado existen insuficiencias en ambos, pues los padres poseen un nivel de instrucción muy bajo; además, dadas las costumbres de la etnia no son proclives a profundizar sobre los temas referidos a la salud sexual. En la escuela, la mayoría de los profesores son jóvenes no residentes de la comunidad, que aunque tienen un nivel de escolaridad alto están permeados por las creencias, mitos, tabúes y valoraciones que presuponen de la etnia de la localidad sobre el sexo.

El momento de inicio de las relaciones sexuales está condicionado por diversos factores de índole social, educativos y religiosos. A diferencia del adulto, la actividad sexual del adolescente suele ser esporádica, muchas veces oculta y puede ocasionarle conflictos de conciencia. Esta relación también está determinada por la presión del grupo o de la pareja que le inducen a la práctica sexual (129). Tal como se ha hecho referencia en párrafos anteriores, aunque no declaran tener relaciones sexuales, presumiblemente estos jóvenes en un porcentaje importante ya han iniciado su vida sexual.

Estudios realizados en Colombia y Chile muestran que los jóvenes de menor escolaridad y de bajo nivel socioeconómico se inician sexualmente a edades más precoces. El estudio añade que un alto porcentaje de los adolescentes no usa métodos de anticoncepción y solo el 10 % lo utilizó en su primera relación sexual. Todo ello debido a la ausencia de programas de salud sexual, creencias no adecuadas sobre la actividad sexual, validación social de uniones no formales, presión de amigos y medios de comunicación que aprueban la práctica sexual temprana, factores que podrían estar presentes en los jóvenes estudiados (80) (130).

La tendencia a la libertad sexual en los/las adolescentes, que se manifiesta por un aumento en el número de parejas sexuales e inestabilidad en estas, parece ser un fenómeno universal a juzgar por los informes provenientes de otros países (131). En ello intervienen múltiples causas, la necesidad de exploración sexual que se tiene en estas edades, fundamentalmente en los varones y que los puede llevar a consecuencias perjudiciales para su desarrollo ulterior, sobre todo, si no se han orientado e instruido al respecto como parece ocurrir con los adolescentes estudiados. En los estudiantes, aunque fue baja la cifra que declaró tener varias parejas, también se manifiesta esta situación.

El uso del condón en las prácticas sexuales de los adolescentes es una tarea a cumplir para prevenir las ITS/VIH y los embarazos no deseados. El estudio mostró dificultades en este aspecto, tanto en lo relacionado con los conocimientos, como comportamientos. Una investigación sobre el uso del condón entre adolescentes de Costa Rica arrojó solamente que el 43.7 % de las mujeres y un 66.1 % de los hombres lo utilizaron en la última relación sexual (132).

En Cuba, varios estudios han exhibido resultados que muestran problemas con el uso del condón en adolescentes (133).

En relación con la iniciación sexual se encontraron resultados contradictorios, hubo altos porcentajes de no respuesta, que podrían atribuirse a prejuicios que

tienen sobre el sexo, pero no a la no práctica de relaciones sexuales. Un estudio sobre sexualidad en adolescentes indígenas en Guatemala, Bolivia, Ecuador y Perú, evidencia que hay deficiencias educativas del tema de salud sexual, sobre todo, en grupos indígenas, ya que es considerado como tabú para familiares y para los mismos pares. El trabajo añade que el inicio de la actividad sexual de los adolescentes indígenas comienza entre los 13 y 14 años, y que lo consideran a partir de los 10 como una edad adecuada (134). Esto refuerza la opinión de la autora sobre que en las cifras elevadas de no respuesta del inicio de las relaciones sexuales hay muchos estudiantes que ya las han iniciado, pero por temor no responden.

Los valores actuales en los adolescentes de la sociedad guatemalteca han cambiado, debido a una serie de determinantes socioambientales que en su mayoría se convierten en factores de riesgo, fundamentalmente para su salud sexual. Los hallazgos de estos estudiantes muestran la necesidad urgente de acometer acciones educativas para mejorar su salud sexual. Aunque la comunidad se ubica en una zona suburbana, la influencia de las prácticas sexuales de la capital del país, situada cerca de la comunidad, llega a estos jóvenes, que no poseen preparación previa alguna, pues no son educados para mantener prácticas sexuales no riesgosas.

El inicio prematuro de la vida sexual, especialmente cuando se encuentra aunado a la falta de educación en salud sexual desde las escuelas y las familias, puede tener consecuencias negativas, tales como mayores probabilidades de adquirir una ITS, de tener embarazos no deseados, complicaciones obstétricas y perinatales, deserción escolar, menores posibilidades laborales y menores ingresos. Hay altos riesgo derivado de la falta de uso de métodos anticonceptivos con propósitos de planificación familiar o prevención de ITS. Es de considerar que la zona en que residen, la pobreza y el nivel educativo bajo de su familia y amigos son condiciones que colocan a estos jóvenes indígenas en una mayor vulnerabilidad; hallazgos encontrados en este

estudio responden a los aspectos antes señalados (135). Resulta preocupante que debido a las creencias de la etnia no se pueda educar a los jóvenes estudiados sobre métodos anticonceptivos.

Es imperativo que en países como Guatemala se acuda al uso de estrategias educativas, tanto a nivel de la educación formal, como no formal e informal, debidamente coordinadas con los grupos prioritarios, en este caso indígenas, con mecanismos claros de articulación entre las acciones educativas de información y comunicación para el fomento de la autoestima, la capacidad de pensamiento independiente y de iniciativa propia, para crear habilidades que modifiquen sus conductas de riesgos en sus prácticas sexuales, fundamentalmente en los grupos sociales más desfavorecidos, como el caso de los jóvenes indígenas de zonas rurales. Para ello deben elaborarse mensajes apropiados a sus necesidades, intereses y valores culturales en lo que respecta a la salud sexual donde estén presentes sus valoraciones.

La adolescencia es una etapa de la vida muy adecuada para modificar enseñanzas rígidas, mitos, tabúes, creencias y formas de conductas que hayan influido en la forma de asumir las relaciones sexuales. En este proceso, la educación juega un papel fundamental, ya que constituye la base del conocimiento y de las destrezas que habilitan al joven para tomar decisiones y ser responsable en materia de salud. Por ello, la autora considera que se hace necesaria una educación en salud sexual que ofrezca a los estudiantes la posibilidad de elegir patrones y comportamientos en correspondencia con su forma particular de interpretar la sexualidad, que posibilite asumir su manera de expresarla y sentirla de forma responsable, armonizada con las tradiciones culturales de su etnia.

La aplicación del cuestionario indicó que los jóvenes consideran que la educación formal es la vía correcta para aprender conceptos de sexualidad y prefieren a los maestros del instituto para que les proporcionen esos conocimientos, algunos señalan la vinculación de los padres con los maestros.

Hubo un alto porcentaje que no contestó, lo cual pudiera atribuirse a que no tienen interés en recibir la educación y consideran que como lo han obtenido hasta ahora es la forma correcta. Es importante la vinculación entre el instituto con los padres para las actividades que se realicen, pues el que ellos se involucren le da un enfoque afectivo a las actividades educativas. Hay que tener en cuenta la repercusión que tiene sobre los adolescentes el intercambio de información y afectividad con los padres. En estudios realizados se evidencia que la información previa que reciben sobre sexualidad, muchos la obtienen de amigos y compañeros y no de los padres, condicionado por la actitud negativa de los padres ante la sexualidad de los adolescentes, ya que no hablan lo suficiente con sus hijos. Por otro lado, también la obtienen de la escuela cuando esta les ha brindado el conocimiento (136) (137).

En relación con la educación informal, las vías preferidas son la familia, la televisión, la radio, el internet y el teléfono celular, pero resulta favorable que los estudiantes reconozcan que no siempre brindan información adecuada sobre sexualidad y que la que ellos han recibido incorrectamente ha sido proveniente de internet, amigos y celulares.

La autora refuerza la importancia que tiene el instituto como lugar para el desarrollo de los conocimientos de los estudiantes sobre salud sexual. Esto requiere la preparación de sus maestros, que conocen a profundidad los criterios y prejuicios que pueden existir dentro de la población indígena con relación al sexo. Es preciso actuar de forma inteligente y acorde a las costumbres y culturas para poder transformar favorablemente los prejuicios sobre el sexo, pues en esta área hay temas considerados vedados.

Por tanto, se considera que el trabajo educativo sobre salud sexual que se desarrolló estuvo encaminado a capacitar para dominar los problemas relacionados con su sexualidad de forma responsable, evitar sentimientos de vergüenza o culpabilidad, creencias infundadas y otros factores que puedan

inhibir la relación sexual o perturbar las relaciones o la respuesta sexual; así como protegerlos con la adecuada información contra los riesgos, y que no sean víctimas de conductas sexuales inadecuadas o de incurrir en ellas por desconocimiento, todo enmarcado en el respeto a los patrones culturales y creencia de la etnia poqoman.

En los grupos nominales hubo consenso entre los estudiantes en que las personas idóneas para infórmale sobre salud sexual, de no ser los padres, son sus maestros en el instituto, mediante actividades, dinámicas, con un alto grado de motivación en ellas, en períodos específicos, situación que facilita la participación de los maestros. Enfatizaron sobre el carácter de estas actividades, el esquema habitual lo considera bueno para su aprendizaje, ya que por la situación cultural no les gusta hablar frente a su sexo opuesto, incluso ni frente a su mismo sexo; sin embargo están dispuestos a adaptarse para encontrar la forma de participar activamente en el proceso de aprendizaje.

Algunos autores reafirman la importancia de que exista una buena comunicación entre padres y adolescentes en todos los aspectos de la vida, y particularmente la salud sexual no debe escapar a esto; pues es uno de los temas que más preocupación produce en esta edad. Aunque es importante recordar que en la escuela y el grupo de amigos juega un rol fundamental en el desarrollo de la personalidad (138).

Los resultados de esta investigación son importantes para los medios de educación formal, ya que fortalece y proporciona información útil para que los maestros implementen e innoven sus métodos de enseñanza sobre educación sexual, tanto así que los estudiantes no reconocen otro personaje que lo pueda hacer mejor, aparte de los padres. Claro, esto debe negociarse de forma inteligente con los padres, para que no entre en contradicción con las creencias de la etnia.

De acuerdo con planteamientos ya hechos sobre la teoría constructivista y al interaccionismo simbólico (63) (65), es importante señalar que los estudiantes actúan a partir de su experiencia, aprendizaje y significados culturales. Por tanto, en la investigación las valoraciones que tienen los estudiantes sobre la salud sexual son producto de la interacción social y los patrones culturales de su etnia, donde existen tabúes, discriminación y diferencias de género. Ellos hasta ahora han seleccionado, reproducido y transformado los significados que sus padres les han brindado sobre salud sexual, pues son estos los que les han proporcionado los conocimientos que poseen y las actitudes de riesgos asumidas, no obstante si se logra una motivación adecuada y se diseña una estrategia educativa en la que ellos sientan reflejadas sus necesidades y cultura pueden lograrse propósitos satisfactorios respecto a su salud sexual.

Por último, es preciso resaltar que la herencia de racismo y discriminación racial en que se han desarrollado los adolescentes indígenas guatemaltecos limita los conocimientos y la percepción de sus necesidades reales en materia de salud sexual y reproductiva; además, existe poca información de cómo se vive y qué se desea saber desde la percepción y prácticas de los adolescentes. Por ello es importante abordar la manera como ellos representan y viven su sexualidad, y también es necesario abordar el tema a la luz de otras variables como el género, el nivel socioeconómico, la identidad étnica o el grado de contacto y asimilación a la cultura mestiza que influyen en las representaciones y prácticas sexuales de los adolescentes indígenas guatemaltecos.

4.4 Conclusiones del capítulo

En el grupo estudiado se evidenció insuficientes conocimientos y comportamientos de riesgos respecto a la salud sexual, matizados por tabúes, mitos, estereotipos y desinformación. También, las inequidades de género imponen un elemento negativo en este aspecto que requiere de un abordaje investigativo posterior.

Múltiples factores contribuyen a la presencia de comportamientos inadecuados respecto a la salud sexual de los estudiantes indígenas. Los resultados encontrados ratifican la situación desfavorable que presenta Guatemala en el área de la salud sexual, lo cual constituye un grave problema de salud pública, en el que la pobreza actúa como detonante fundamental. La baja escolaridad asociada a la pobreza existente, fundamentalmente en las zonas rurales indígenas, se caracteriza por poseer poca información y educación sobre la salud sexual y reproductiva.

Resulta favorable que los estudiantes reconozcan la educación formal como la mejor vía para educarse, esto ayuda a poder generalizar acciones similares en otros institutos de Guatemala. El papel preponderante que asignan a sus maestros en ello es positivo, pues son estos los que tienen más posibilidades de asumir esta tarea, pero no debe desvincularse a los padres de las actividades que se ejecuten, por el importante papel que juegan en la educación y conducción de sus hijos. Además hay que tener muy en cuenta la inserción de las actividades que se realicen con los patrones culturales de la etnia a la que pertenecen los estudiantes.

El conocimiento obtenido sobre las percepciones de los estudiantes sirve como un elemento protector para su salud sexual, al evidenciar que tienen claridad y madurez al valorar a las personas indicadas para recibir educación en salud sexual, y cómo quieren que se realicen las actividades. La educación informal continuará ejerciendo influencia sobre la vida sexual de los estudiantes, esto hay que saber manejarlo de forma positiva, sin mostrar rechazo a ella.

Capítulo V

Diseño de la estrategia educativa para estudiantes de la comunidad

Capítulo V

Diseño de la estrategia educativa para estudiantes de la comunidad

Introducción

Este capítulo tiene como propósito mostrar los diferentes pasos en el diseño de la estrategia educativa. El mismo responde a la fase 4 del diseño de la estrategia del modelo Precede y la segunda parte del modelo Procede, en la fase 5 y 6 que corresponde a la implementación y evaluación de proceso.

El diseño de la estrategia partió del diagnóstico que se plantea en el modelo de la primer etapa **Precede**, de la fase 1 a la 4, que permitió enfocar las acciones de acuerdo con las necesidades del contexto económico, social y de salud de la comunidad donde viven los estudiantes.

La estrategia diseñada se ejecutó en dos contextos y momentos diferentes. El primero, en un ámbito externo, con los diferentes actores sociales de la comunidad a quienes se les planteó los resultados que se obtuvieron relacionados con la salud sexual de los estudiantes y se promovió el que se creara un plan a discreción que contenga acciones que promuevan la salud sexual del adolescente por parte de las diferentes entidades. El segundo momento, que partió de la estrategia, fue el diseño de un plan educativo dirigido a los estudiantes de 12 a 18 años en las instalaciones del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla, del departamento de Guatemala. La estrategia tuvo como objetivo central mejorar la calidad de vida en salud sexual de los estudiantes.

5 Diseño de la estrategia

Nombre de la estrategia educativa

“Promoción de la salud sexual con actores sociales y estudiantes en la comunidad de Antigua Chinautla, Guatemala, 2013”

5.1 Objetivos de la estrategia

1. Promover alianzas con diferentes actores sociales vinculados con los estudiantes para mejorar su salud sexual.
2. Proporcionar a los estudiantes conocimientos sobre salud sexual para la promoción de prácticas y actitudes saludables.

5.2 Aplicación del modelo Procede-Procede

Factores de predisposición al alcance	Acciones para cambiar factores de riesgo y reforzar protectores	Factores facilitadores / disponibilidad de recursos	Resultados de proceso
Ambiental			
<p>Pobladores de la comunidad en condiciones de riesgo de enfermedades producidas por contaminación del agua y alimentos.</p> <p>Estudiantes vulnerables a riesgos sociales dadas las condiciones de pobreza y limitaciones económicas que no les proporcionan opciones atractivas para practicar fuera del tiempo de estudio, aunado al poco control de los padres o tutores.</p> <p>Acceso a conocimientos y prácticas inadecuadas sobre relación sexual coital por falta de orientación y supervisión de personas adultos responsables, influenciado por las condiciones de hacinamiento en que viven, ya que duermen con los padres en un mismo ambiente; por acceso sin supervisión a internet, y frecuentar lugares solitarios de la comunidad con parejas.</p> <p>Inexistencia de organizaciones que apoyen a jóvenes para fomentar la promoción y prevención en la salud sexual.</p>	<p>Exponer los resultados de esta investigación a los diferentes actores sociales de la localidad.</p> <p>Proponer grupos para supervisar las actividades de los estudiantes fuera del tiempo de estudio.</p>	<p><u>Recursos Humanos:</u></p> <p>Autoridades docentes del instituto, líderes comunitarios. Organizaciones institucionales como la Iglesia Católica y Evangélica, Alcaldía Auxiliar y del Puesto de Salud.</p> <p><u>Materiales:</u></p> <p>Equipo de cómputo y proyector multimedia hojas de papel blanco media carta lapiceros</p> <p><u>Lugar:</u></p> <p>Instituto de educación básica de Antigua Chinautla Iglesia católica y evangélica Alcaldía auxiliar</p> <p>Tiempo: una hora por reunión</p>	<p>Se dio a conocer los resultados por grupos: estudiantes, docentes asociación de padres de familia</p> <p>Se asumió que cada actor social lo hará en cada lugar de acuerdo con su idiosincrasia cultural y normas del lugar.</p>

Factores de predisposición al alcance	Acciones para cambiar factores de riesgo y reforzar protectores	Factores facilitadores / disponibilidad Recursos	Resultados de proceso
Conocimientos			
<p>Conocimientos insuficientes sobre: Crecimiento y desarrollo ITS Vías de transmisión de ITS Riesgo en las relaciones sexuales coitales Causas de embarazo Métodos anticonceptivos</p> <p>Riesgo de infecciones de transmisión sexual y de embarazos en los adolescentes (estudiantes) provocado por la falta de orientación y formación educativa en salud sexual, por parte de las autoridades de la localidad y padres de familia.</p> <p>Prejuicios en los padres para incluir temas sobre métodos anticonceptivos.</p>	<p>Proponer la ejecución de un curso para estudiantes con unidades temáticas sobre crecimiento y desarrollo, ITS, riesgos en las relaciones sexuales sin protección y causas de embarazo.</p>	<p>Recursos</p> <p><u>Humanos:</u> Autoridades del instituto, docentes, personal administrativo y estudiantes.</p> <p><u>Materiales:</u> Equipo de cómputo y proyector multimedia. Hojas de papel en blanco media carta y lapiceros.</p> <p><u>Lugar:</u> Instituto de educación básica de Antigua Chinautla.</p> <p><u>Tiempo:</u> Propuesta: 2 horas Ejecución: 3 semanas, una semana por grado</p>	<p>Autorizaron la propuesta con la salvedad que no se incluyeran contenidos sobre métodos anticonceptivos pues iba en contradicción con las creencias de los pobladores y podría generar problemas.</p> <p>Se ejecutó el curso durante dos semanas y se aplicó el cuestionario a los de los tres meses, el cual se utilizó en la fase diagnóstica.</p>

Factores de predisposición al alcance	Acciones para cambiar factores de riesgo y reforzar protectores	Factores facilitadores / disponibilidad de recursos	Resultados de proceso
Actitudes y prácticas			
<p>La petición del novio/novia y los medios de comunicación son las principales influencias que impulsan a los estudiantes a practicar relaciones sexuales.</p> <p>Un mínimo porcentaje de estudiantes considera como edad de inicio para las relaciones sexuales a partir de los 10 años. La cifra de los que reconocen haber iniciado las relaciones sexuales también es baja, pero se contradice con el porcentaje de uso y conocimientos sobre métodos anticonceptivos; además hubo una cifra alta de estudiantes que no respondieron cuando se indagó sobre prácticas sexuales, lo que al vincularse con el contexto en que viven los estudiantes y las percepciones de los actores sociales y padres pudiera ser una forma de encubrir sus actividades sexuales.</p>	<p>Exponer los resultados del diagnóstico a los diferentes actores sociales y padres de la localidad.</p> <p>Proponer la conformación de grupos que promuevan y fomenten factores protectores en la salud sexual. Entre ellos pueden ser grupos de líderes, hombres y mujeres de la iglesia; maestros del instituto, y que en ambos casos discutan sobre las relaciones sexuales</p>	<p>Recursos</p> <p><u>Humanos:</u> Autoridades del instituto y líderes comunitarios. Organizaciones institucionales. (Iglesia Católica y Evangélica) Alcaldía Auxiliar. Puesto de Salud.</p> <p><u>Materiales:</u> Equipo de cómputo y proyector multimedia. Hojas de papel en blanco media carta y lapiceros.</p> <p><u>Lugar:</u> Instituto de educación básica de Antigua Chinautla. Iglesia católica y evangélica. Alcaldía auxiliar.</p>	<p>Se logró exponer los resultados al director del instituto y claustro, a un grupo de 30 madres de estudiantes, al sacerdote católico y pastor de la Iglesia Evangélica.</p>
<p>El principal motivo para dar inicio a las relaciones sexuales es por amor y hubo un 68.5 % que no contestó.</p>	<p>aspectos tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicio - Motivos y edad apropiada 	<p>Tiempo: una hora por reunión.</p>	
<p>Los estudiantes consideran mayoritariamente que la persona responsable para prevenir embarazos es la pareja.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad y riesgos -Prevención 		
<p>Pocos estudiantes utilizan el preservativo, por lo cual se encuentran en riesgo de contraer ITS o en el caso de las mujeres quedar embarazadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amor verdadero 		

Tipo de educación			
Factores de predisposición al alcance	Acciones para cambiar factores de riesgo y reforzar protectores	Factores facilitadores / disponibilidad Recursos	Resultados de proceso
<p><u>Educación formal</u> La mayoría de los estudiantes ha tenido acceso al tema de la sexualidad en la educación formal y la prefieren, ya sea a través de un maestro u orientador, se requiere readecuar los contenidos que contempla el Ministerio de Educación a la cultura y necesidades particulares de esa población.</p>	<p>Exponer los resultados a los diferentes actores sociales de la localidad: Representante del puesto de Salud Iglesia Católica Iglesia Evangélica. Madres de familia. Autoridades del instituto y docentes.</p>	<p>Recursos <u>Humanos:</u> Representante del puesto de Salud Iglesia Católica Iglesia Evangélica. Madres de familia. Autoridades del instituto y docentes</p>	<p>Se expusieron los resultados al director y claustro de maestros del instituto como personal administrativo, a un grupo de 40 madres de estudiantes, al sacerdote de la Iglesia Católica y pastor de la Iglesia Evangélica.</p>
<p><u>Educación no formal:</u> La orientación y educación sobre salud sexual por un medio no formal es escasa, pocos estudiantes han tenido acceso al puesto de salud y menos las llamadas Escuelas Abiertas y ninguno ha tenido acceso a través de su iglesia, esta última es considerada como un medio que prefieren y considerarían como una buena alternativa.</p>	<p>Motivar para que cada actor social genere su propio plan de intervención de acuerdo con las necesidades que surgieron en este diagnóstico.</p>	<p><u>Materiales:</u> Equipo de Cómputo y proyector multimedia. Hojas de papel en blanco media carta. Carteles. Lapiceros.</p> <p><u>Lugar:</u> Instituto de educación básica de Antigua Chinautla Iglesia católica y evangélica Alcaldía auxiliar.</p> <p>Tiempo: una hora en total por reunión.</p>	<p>Cada representante expuso que velarán por hacer actividades de salud sexual con los adolescentes en general.</p>
<p><u>Educación informal</u> Los medios de educación informal han estado al alcance de los estudiantes principalmente la televisión, el internet, el celular y sus amigos que a su vez son considerados como una influencia negativa que promueve conductas sexuales inadecuadas y de riesgo.</p> <p>Los estudiantes consideran que la educación sexual debe de estar a cargo de los padres de familia principalmente la madre, al igual los padres de familia están conscientes de la necesidad de aprender para poder orientar a sus hijos.</p>			<p>En el instituto expusieron que se contemplaría para insertarlo en el programa de estudios. Sin embargo, existió renuencia por parte de algunos maestros en ser ellos quienes proporcionen las clases.</p>

5.3 La estrategia educativa (plan educativo general)

El plan educativo se elaboró y ejecutó tomando en cuenta la teoría constructivista de Piaget (63), elementos del aprendizaje significativo de Ausubel (64), sociocultural de Vygotsk (62), discutidos en el capítulo uno en teorías del aprendizaje, y el Currículo Nacional Base (CNB) de Guatemala (31), planteado en capítulo anterior, y a partir de que los estudiantes ya conocen y tienen experiencias previas e interactúan con el tema en torno a la salud sexual y que en esta edad ya tienen madurez en su pensamiento como sistema integrado (63). A partir de ello se diseñó la estrategia, también se tuvo en cuenta que los temas que se programan están acorde a los del CNB y a las competencias del área de Ciencias Naturales.

Como se expone en párrafos anteriores, la estrategia se concibió mediante la ejecución de diferentes actividades, incluidas el curso, perfeccionado por las sugerencias de los estudiantes, reuniones grupales con los actores sociales de la comunidad y el apoyo de los padres.

El curso propuesto fue conducido por el director del instituto, e impartido por la investigadora durante tres semanas. Se evaluaron los resultados finales al cabo de tres meses, con vistas a su perfeccionamiento para aplicarlo nuevamente.

Después de impartidas tres ediciones del curso, se valorará si ha habido o no cambios significativos en conocimientos, comportamientos y percepciones respecto a la salud sexual, pues el éxito final estará refrendado por las conductas seguras de los estudiantes respecto al sexo que es la meta u objetivo de la estrategia.

Nombre del curso

Salud sexual en los Estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla.

Grupo al cual se dirige

Descripción y características del grupo: estudiantes de educación básica comprendidos entre los 12 a 18 años de edad, hombres y mujeres, ubicados en los grados de primero y segundo grado, que obtuvieron insuficientes conocimientos sobre salud sexual, lo cual representa un riesgo y genera prácticas y percepciones peligrosas. Los estudiantes son solteros, viven en hogares integrados por padre y madre, es una población que se encuentra en condición de pobreza y extrema pobreza, y pertenecen a la etnia poqoman.

Descripción y características del curso

Es un curso que permite al estudiante con facilidad y en un período corto obtener conocimientos sobre salud sexual, de acuerdo con las necesidades detectadas en el diagnóstico. Los temas se impartieron de forma interactiva, con el propósito de brindar una formación para la promoción de prácticas seguras y saludables. Se diseñaron tres unidades temáticas, cada una con un tiempo de tres horas.

Necesidades de aprendizaje

Del diagnóstico realizado se evidenció que los estudiantes tienen serias deficiencias en sus conocimientos sobre sexualidad, lo cual hace que asuman conductas de riesgos, reforzado esto por el contexto de pobreza y exclusión social en que viven. Sin embargo, estas pueden mejorarse en un corto plazo con un plan adecuado de educación sexual que contenga aspectos referidos a:

Crecimiento y desarrollo, infecciones de transmisión sexual y las vías de transmisión, riesgos en las relaciones sexuales coitales y causas de embarazo.

El lugar propuesto para impartir el curso es el instituto.

Propósito del curso

Brindar conocimientos que promuevan en los estudiantes actitudes y prácticas de salud sexual de acuerdo con sus expectativas y necesidades sentidas y/o detectadas, en los períodos de tiempo programados.

Objetivos del curso

- Proporcionar conocimientos sobre salud sexual para la promoción de prácticas y actitudes seguras.
- Incrementar el nivel de conocimientos sobre la salud sexual.
- Fomentar comportamientos y prácticas sexuales saludables.

Competencias

1. Conceptualiza la salud sexual del ser humano de forma integral a partir de lo biológico, social y psicológico.
2. Valora, desde una perspectiva intercultural, las prácticas sexuales saludables de ellos y de los demás.
3. Analiza los diferentes factores de riesgo y factores protectores dentro de lo que compete a la salud sexual.
4. Reconoce las amenazas para el ser humano provenientes de prácticas sexuales de riesgo.

Unidades temáticas

Unidad temática 1: Crecimiento y desarrollo

Objetivos específicos

El estudiante será capaz de:

Explicar la diferencia de los términos de crecimiento y desarrollo, y de la relación sexual y sexualidad.

Ejemplificar la diferencia de los términos de crecimiento y desarrollo, y de relación sexual y sexualidad.

Unidad temática	Subtemas	Actividades	Tiempo/ períodos
<p><u>Descripción:</u></p> <p>Desarrollo de actividades expositivas sobre crecimiento y desarrollo en la adolescencia. Se explicará qué es la sexualidad y las relaciones sexuales coitales, y la responsabilidad que se adquiere al tomar la decisión de tenerlas con la utilización de técnicas de aprendizaje.</p> <p><u>Competencias:</u></p> <p>Define los criterios para tomar en cuenta la diferencia de crecimiento y desarrollo; así como sexualidad y relación sexual coital.</p> <p>Compara la diferencia de crecimiento y desarrollo, sexualidad y relación sexual coital, brindando ejemplos.</p>	<p><u>Conocimientos</u></p> <p>Crecimiento y desarrollo</p> <p>Sexualidad</p> <p>Relaciones sexuales</p> <p>Responsabilidad en relaciones sexuales</p> <p><u>Habilidades:</u></p> <p>Exposición oral dinamizada:</p> <p>Se compara por medios gráficos (fotografías), proyecta ejemplos que comparan, relacionan y diferencian.</p> <p><u>Actitudes:</u></p>	<p><u>Inicio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Plática introductoria que orienta al tema. Técnica inicial (139): Rompe hielo, presentación por pares de nombres con todos los participantes. Presentación del contenido con proyecciones. <p><u>Desarrollo:</u></p> <p>Presentación de imágenes fijas con diapositivas que ejemplifican el tema de crecimiento y desarrollo, relaciones coitales, y responsabilidad en las</p>	<p>30 minutos</p> <p>1:00 hora</p>

<p>Participa dando ejemplos de crecimiento, desarrollo y relación con las personas y establece una relación de términos de forma saludable.</p>	<p>Interés por el tema</p> <p>Respeto hacia sus compañeros de estudio</p> <p>Colabora en las actividades a ejemplificar</p>	<p>relaciones sexuales.</p> <p>Técnica para integrar conocimiento y análisis, comparación de niños y niñas de edades diferentes, y presentación de sus diferencias, y resolución de dudas.</p> <p><u>Culminación:</u></p> <p>Técnica de la pelota preguntona. (Se integran dos grupos y música, la pelota pasa de uno en uno, y al parar la música el grupo le pregunta sobre el tema a quien le quedo la pelota).</p> <p><u>Asignación de tarea:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medir a un niño, a un adolescente y a un adulto. • Escribir las actividades que hace un bebé de 6 meses y las de un niño de 5 años. 	<p>30 minutos.</p>
<p>Recursos: Material audiovisual, proyector multimedia, marcador de pizarra, lápices y papel blanco. Responsable: investigadora y director del instituto. Lugar: salón del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla.</p>			
<p>Evidencias de aprendizaje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Durante: participación activa en preguntas y respuestas por parte de los estudiantes. 2. Procedimiento evaluativo: cuestionario auto aplicado a los tres meses 			

Unidad temática 2: Infecciones de transmisión sexual, causas y consecuencias.

Objetivos específicos:

El estudiante podrá:

- Explicar los riesgos de las relaciones sexuales sin protección.
- Dar ejemplos de las ITS.

Unidad temática	Su-temas	Actividades	Tiempo/ periodos
<p><u>Descripción:</u></p> <p>Pretende que el estudiante obtenga conocimientos que contribuyan en las prácticas seguras en su sexualidad.</p> <p><u>Competencias</u></p> <p>Identifica los criterios en una relación sexual con riesgos y una relación sexual con protección y reconoce las ITS.</p> <p>Compara los riesgos de una relación sexual sin protección y lo relaciona con las ITS.</p> <p>Brinda ejemplos en la toma de decisiones al</p>	<p><u>Conocimientos</u></p> <p>Relación sexual coital. Riesgos ITS Tipos de ITS: sífilis, gonorrea, tricomoniasis, herpes, papilomatosis y los daños a la salud. El VIH/sida</p> <p><u>Habilidades</u></p> <p>Exposición oral dinamizada con ejemplos de casos en fotografías, se harán preguntas al grupo y se responderán, el alumno preguntará y se responderá.</p> <p><u>Actitudes:</u></p> <p>El estudiante manifiesta interés por el tema.</p>	<p><u>Apertura:</u></p> <p>Técnica inicial: dinámica “Globos que infectan” son tres grupos, cada globo contiene papelitos al azar con nombres de ITS, y otros con conductas seguras, al reventar los globos, toman el papel, se lee y se interpreta en conjunto con los participantes de lo que pasaría en la vida Plática introductoria. Presentación del contenido</p> <p><u>Desarrollo:</u></p> <p>Presentación de imágenes fijas con diapositivas sobre el tema.</p>	<p>30 minutos</p> <p>2:00 hora</p> <p>30 minutos.</p>

<p>momento de tener relaciones sexuales, cuando es riesgoso y cuando es seguro, y la ventajas de la protección.</p>	<p>Respeto hacia sus compañeros de estudio.</p> <p>Participa en actividades de grupo en el desarrollo de la clase.</p>	<p>Técnica sociodrama. Presentación de casos a libre elección con personas que tienen ITS. Para integrar conocimiento, y mostrar actitudes y prácticas.</p> <p><u>Culminación:</u></p> <p>Resolución de dudas:</p> <p>Técnica de lluvia de ideas con papel, las cuales se discutirán en clase.</p> <p>Asignación de tarea:</p> <p>Cada estudiante contará lo visto en el tema y luego buscará un amigo o amiga que no estudie y que esté en riesgo para ayudarlo.</p>	
<p>Recursos: Material audiovisual, proyector multimedia, marcador de pizarra, lápices, papel blanco. Responsable: investigadora y director del instituto. Lugar: salón del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla.</p>			
<p>Evidencias de aprendizaje</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Durante: participación activa en preguntas y respuestas por parte de los estudiantes y exposición de la dramatización. 2. Procedimiento evaluativo: cuestionario auto aplicado a los tres meses 			

Unidad temática 3: Responsabilidad en las relaciones sexuales y embarazo

Objetivo específico

Los estudiantes estarán en la capacidad de:

- Explicar los criterios adecuados para el inicio de las relaciones sexuales y embarazo planificado.

Causas de embarazo.

Unidad temática	Subtemas	Actividades	Tiempo/ períodos
<p><u>Descripción:</u></p> <p>Pretende que el estudiante obtenga los conocimientos necesarios para influir en la práctica sobre qué es la relación sexual y cuál es el momento apropiado para decidir y tener una relación sexual responsable y un embarazo planificado.</p> <p><u>Competencias:</u></p> <p>Define los elementos a tomar en cuenta para tener una relación sexual responsable y causas de embarazo.</p> <p>Analiza los criterios a tomar en cuenta sobre la responsabilidad que se debe tener en las relaciones sexuales.</p>	<p><u>Conceptos:</u></p> <p>Responsabilidad en relación sexual coital. Quién es el responsable. A partir de qué momento puedo tener relaciones sexuales. Causa de embarazo “mitos y verdades” Riesgos de embarazo en el adolescente.</p> <p><u>Procedimientos:</u></p> <p>Exposición oral dinamizada. Preguntas para promover respuestas orientadoras.</p> <p><u>Actitudes:</u></p> <p>El estudiante manifiesta interés por el tema. Respuestas creativas. Respeto hacia sus compañeros de estudio.</p>	<p><u>Inicio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plática introductoria • Presentación del contenido • Técnica inicial <p><u>Desarrollo:</u></p> <p>Presentación de imágenes fijas con diapositivas sobre el tema.</p> <p>Técnica de estudio para integrar conocimiento, Parfraseo oral de lo expuesto en clase.</p> <p>Debate en grupo. Exposición de dudas.</p> <p><u>Culminación:</u></p> <p>Técnica de lluvia de ideas con papel.</p> <p>Asignación de tarea:</p>	<p>30 minutos</p> <p>2:00 hora</p> <p>30 minutos</p>

Explica la importancia de la toma de decisión en las relaciones sexuales y el embarazo.	Expondrá sus dudas en un papel cuando se dé tiempo.	Cada estudiante contará lo visto en el tema y luego buscará un amigo o amiga que no estudie y que esté en riesgo para ayudarlo.	
Recursos: Material audiovisual, proyector multimedia, marcador de pizarra, lápices y papel blanco. Responsable: investigadora y director del instituto. Lugar: salón del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla.			
Evidencias de aprendizaje Procedimiento evaluativo: cuestionario autoaplicado, a los tres meses.			

Una vez que se diseñó la estrategia la misma fue sometida a validación por los seis informantes clave, quienes aprobaron los contenidos y actividades programadas, solo se hicieron recomendaciones formales para mejorar la comprensión de la misma.

Al realizar el procedimiento se sometió a discusión con un grupo de padres e informantes clave que habían estado vinculados con el proceso investigativo seguido. La investigadora entregó a los mismos un documento escrito con la estrategia y explicó cada paso considerado y aclaró las dudas que surgieron, luego se consensuó favorablemente la estrategia para su aplicación a los estudiantes. Este proceso constituyó, además, una forma de sensibilización de los miembros de la comunidad sobre la necesidad de actuar en favor de brindar conocimientos sobre salud sexual a los estudiantes.

5.4 Evaluación de proceso

Para la evaluación de proceso que corresponde a la fase 6 del modelo Procede se diseñó un cuadro que responde a los dos contextos donde se desarrolló la estrategia y valoración del grado de su cumplimiento.

Se registraron cuatro actividades evaluadas que resumen la propuesta estratégica. Estas muestran cómo se evaluó el proceso a partir del primer momento planteado, que responde al objetivo de promover alianzas con los diferentes actores sociales vinculados con los estudiantes para promover su salud sexual, y al segundo de proporcionar a los estudiantes conocimientos sobre dicho tema para la promoción de prácticas y actitudes saludables.

Actividades	Criterios	Indicadores	Estándares	Métodos	Grado de cumplimiento
1) Reunión con actores sociales: Iglesia católica y Evangélica Puesto de salud y Alcaldía Auxiliar	Asistencia de los participantes	Asistencia del 100 % de actores invitados.	Adecuado más del 80 %	Registro de asistencia	Asistieron a la reunión representante de la Iglesia Católica, Evangélica, y Puesto de Salud. Se cumplió con el 80 %, lo que es adecuado de acuerdo con los estándares esperados.
2) Reunión con autoridades y maestros del Instituto de Educación Básica de Antigua Chinautla	Asistencia de los participantes. Número de acuerdos a realizar.	Asistencia del 100 % de profesores, director y secretaria.	Adecuado un 90 %	Registro de asistencia	Asistieron todos los profesores, personal administrativo (secretaria), y director. Se cumplió con el 100 % de asistencia.
3) Reunión con madres de familia.	Asistencia de madres de estudiantes de ambos grados.	Asistencia de un 50 %	Adecuado más de 60 madres.	Registro de asistencia	Asistieron 55 madres de familia, lo cual no permite llegar al estándar esperado para esta actividad.
4) Desarrollo de un curso sobre salud sexual a estudiantes.	Asistencia de alumnos.	Asistencia del 100 % de alumnos de ambos grados a las tres unidades temáticas.	Adecuado más de un 90 %	Registro de asistencia.	Para esta actividad asistió el 100 % de alumnos de ambos grados, en el desarrollo de las tres unidades temáticas.

5.5 Conclusiones de capítulo

La estrategia se planificó tomando en cuenta los diferentes actores sociales de la comunidad, autoridades del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla y padres de familia, lo cual permitió dar paso al plan educativo. Este se elaboró y ejecutó con aspectos básicos de la teoría constructivista, ya que los estudiantes tienen suficiente madurez para, a partir de su pensamiento, como sistema integrado, alcanzar una mejor formación sobre salud sexual. La misma combina diferentes actividades dentro de las cuales cabe destacar la sugerencia de los alumnos sobre la metodología por utilizar en el curso incluido, también la participación de los actores sociales de la comunidad y de las autoridades docentes del instituto, que da como resultado la elaboración y conducción de un curso dirigido a mejorar los conocimientos sobre salud sexual en un corto período, dado el bajo nivel encontrado en los estudiantes.

La estrategia se sustentó en bases conceptuales teórico-metodológicas del modelo Precede-Procede que requirió del diagnóstico social, económico, organizativo y de la situación de salud de la comunidad. Dadas las características de la misma resulta factible su aplicación.

Capítulo VI

Presentación, análisis y discusión de los resultados de evaluación pos aplicación de la estrategia

Capítulo VI

Presentación, análisis y discusión de los resultados de evaluación pos intervención

En este capítulo se dan a conocer los resultados de la aplicación de la estrategia educativa en el Instituto Nacional de Educación Básica Santa Cruz Antigua Chinautla, que corresponden a la fase 7 y 8 del modelo Precede-Procede, en su segunda parte.

Se muestran los cambios en las dimensiones evaluadas a través de comparaciones cuantitativas, mediante una prueba de los signos para muestras pareadas, con el objetivo de determinar si hay diferencias significativas entre los resultados obtenidos por cada individuo del grupo de estudio antes-después de aplicada la estrategia. También se hacen las comparaciones con el grupo control.

6 Resultados de la caracterización de población del instituto estudio y del instituto control

Tabla 32. Comparación de la distribución de los estudiantes según grado escolar, de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control). Guatemala, 2013

Grado	Grupos			
	Estudio		Control	
	No.	%	No.	%
Primero	76	61.3	43	45.3
Segundo	48	38.7	52	54.7
Total	124	100.0	95	100.0
Chi ² = 4.942		gl=1	p= 0.026	

La tabla 32 muestra la distribución de los estudiantes según grados. En los dos institutos se obtuvo que para Santa Cruz Chinautla el grupo de primer año tiene

un 61 % y 38.7 % en segundo, mientras que el grupo control hay menor cantidad en el primer año y un 54.7 % en el segundo, mayor que el instituto de estudio. El valor de χ^2 cuadrado indica que hay diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a número de estudiantes por año, ya que los de primero en su proporción son mayores.

Tabla 33. Comparación de la distribución de los estudiantes según sexo, de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control). Guatemala, 2013

Sexo	Grupos			
	Estudio		Control	
	Nº	%	Nº	%
Hombre	73	58.9	50	53
Mujer	51	41.1	45	47
Total	124	100.0	95	100
Chi ² = 0.616 gl= 1 p=0.432				

En la tabla 33 se comparan los institutos respecto al sexo, y se obtuvo que en ambos predominan los hombres, aunque en el instituto de estudio la cifra es ligeramente mayor. Respecto a las mujeres, hay un 6 % más en el grupo control respecto al de estudio. El valor de χ^2 indica que hay diferencia significativa respecto al sexo entre los dos grupos.

Tabla 34. Comparación de la distribución de los estudiantes según actividades que realizan, de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control). Guatemala, 2013

Actividad que realiza	Grupos			
	Estudio		Control	
	Nº	%	Nº	%
Asiste a algún curso	7	5.6	8	8.4
Hacer la tarea y cerámica	7	5.6	20	21.1
Se reúne con los/as amigo	83	66.9	54	56.8
No contestó	27	21.8	13	13.7
Total	124	100.0	95	100.0
Chi ² = 11.645 gl=3 p=0.008				

La tabla 34 muestra que los estudiantes del instituto estudio pasan más tiempo con los amigos o amigas, que los del instituto control. En ambos es la actividad que más realizan los estudiantes fuera del tiempo escolar, y en menor proporción efectúan tareas de la casa o asisten a algún curso. El valor de Chi² indica que existe diferencia significativa entre ambos grupos y es probable que sea porque hay más estudiantes en un instituto que en el otro, si se observa el grupo control tiende a hacer más tareas en casa y cerámica que los del grupo estudio, a pesar de que es menor la proporción de estudiantes en esta variable.

Tabla 35. Comparación de la distribución de los estudiantes según religión, de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control). Guatemala, 2013

Religión	Grupos			
	Estudio		Control	
	Nº	%	Nº	%
Evangélica	27	21.8	18	18.9
Católica	93	75.0	59	62.1
Otras	4	3.2	18	18.9
Total	124	100.0	95	100.00
Chi ² = 12.92 gl=2 p=0.001				

La tabla 35 muestra que en el grupo estudio de Santa Cruz Chinautla el 75 % de estudiantes practican la religión católica y el 21.8 % son evangélicos. Por aparte, en el instituto control el 62.1 % son católicos, el 18.9 % practica la religión evangélica y el 18.9 % tiene otras creencias. El valor de Chi² muestra que hay una diferencia significativa, entre los institutos.

Tabla 36. Comparación de la distribución de los estudiantes según lengua que hablan, de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control). Guatemala, 2013

Lengua	Grupos			
	Estudio		Control	
	Nº	%	Nº	%
Español	87	70.2	95	100
Español/poqoman	35	28.2	0	0
Otro	2	1.6	0	0
Total	124	100.0	85	100.0
Chi ² = 30.76gl=2 p=2.1e-7				

En la tabla se observa que en el grupo de estudio de Santa Cruz Chinautla, el 70.2 % habla español y un 28.2 % español y poqoman, es decir, todavía dominan la lengua de la etnia, la cual ha desaparecido en los estudiantes del Instituto de San Antonio las Flores, que pertenecen a la misma etnia. La prueba de χ^2 muestra que hay diferencia significativa entre el grupo de estudio y el de control donde su totalidad hablan solo el español.

Tabla 37. Comparación de la distribución de los estudiantes según personas con las que viven, de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control), Guatemala, 2013

Vive con	Grupos			
	Estudio		Control	
	Nº	%	Nº	%
Abuelos	3	2.4	1	1.1
Esposa	0	0.0	0	0
Papá y Mamá	111	89.5	80	84.2
Solo papá o solo mamá	10	8.0	14	14.7
Total	124	100.0	95	100.0
$\chi^2 = 1.793 \text{ gl} = 2 \quad p = 0.407$				

Como se observa los estudiantes del instituto estudio de Santa Cruz Chinautla el 89.5 % vive con sus padres y un 8 % con familia monoparental. Mientras que en el instituto de San Antonio las Flores, el 84.2 % vive con familia biparental y un 14.7 % solo con la mamá o solo el papá. Aunque el valor de χ^2 muestra diferencias significativas entre los grupos, esto se puede deber a que hay más estudiantes en el grupo de estudio.

6.1 Evaluación de conocimientos

Tabla 38. Comparación del nivel de conocimientos sobre crecimiento, en los estudiantes de educación básica de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control), Guatemala, 2013

a) Santa Cruz Chinautla <u>antes y después</u> de aplicar la estrategia					b) San Antonio las Flores antes y <u>después</u> sin aplicar estrategia				
Nivel de conocimiento	Antes		Después		Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
Bueno	45	36.3	81	65.3	Bueno	46	48.4	54	56.8
Regular	43	34.7	19	15.3	Regular	24	25.3	7	7.4
Malo	33	26.6	20	16.1	Malo	22	23.2	29	30.5
No contestó	3	2.4	4	3.2	No contestó	3	3.2	5	5.3
Total	124	100	124	100	Total	95	100	95	100
Z= -2.946 P signos= .003					Z=.000 P signos=1.00				

La tabla 38a evidencia que los estudiantes de Santa Cruz Chinautla mejoraron en conocimientos sobre crecimiento de forma significativa, pues es proporcionalmente mayor (29 %) respecto al conocimiento inicial. Esto se debe a que el porcentaje de jóvenes que tuvieron una calificación de regular y malo mejoraron después de haber recibido el curso sobre salud sexual, lo cual muestra un cambio favorable entre el antes y el después.

En la tabla 38b, al comparar antes-después a los estudiantes de San Antonio las Flores (grupo control), se observó que la proporción de los evaluados con conocimientos de bueno varió poco, sin embargo, la proporción que tenía conocimientos regulares bajó su nivel un 18 %, lo cual es estadística y proporcionalmente significativo, en tanto los conocimientos en el nivel malo ascendieron un 8 % en relación con la primera encuesta. Por su parte, la proporción de estudiantes que no contestaron en los dos momentos no es proporcionalmente significativa. En cuanto a la proporción de estudiantes que no contestaron no es proporcionalmente significativo.

Por otra parte, al comparar los resultados antes de aplicar la estrategia entre el grupo de estudio y el grupo control, se puede observar que el Instituto de San Antonio las Flores inicialmente tenía un mejor nivel de conocimiento en la categoría bueno con relación al Instituto de Santa Cruz Chinautla, y en las categorías regulares y malas era más similar. Sin embargo hay una diferencia importante una vez aplicada la intervención a favor del grupo de estudio, y la diferencia en el nivel de conocimientos en la categoría malo es muy significativa, casi el doble, lo que habla a favor de la estrategia.

Tabla 39. Comparación del nivel de conocimientos sobre desarrollo, en los estudiantes de educación básica de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control), Guatemala, 2013

a) Santa Cruz Chinautla <u>antes y después</u> de aplicar la estrategia					b) San Antonio las Flores antes y <u>después</u> sin aplicar estrategia				
Nivel de conocimiento	Antes		Después		Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
Bueno	20	16.1	36	29.0	Bueno	18	18.9	18	18.9
Regular	12	9.7	10	8.1	Regular	13	13.7	6	6.3
Malo	81	65.3	71	57.3	Malo	58	61.1	63	66.3
No contestó	11	8.9	7	5.6	No contestó	6	6.3	8	8.4
Total	124	100	124	100	Total	95	100	95	100
Z=-2.167 P signos 0.030					Z= .568 P signos=0.608				

Al comparar el nivel de conocimientos antes y después sobre el desarrollo que tienen los estudiantes del instituto de Santa Cruz Chinautla, se obtuvo que en el nivel bueno mejoraron un 12.9 % después de la intervención educativa. Es probable que los alumnos que fueron evaluados inicialmente en el nivel regular y malo hayan mejorado y pasado al nivel de bueno, de acuerdo con la observación proporcional. Al realizar la prueba de signos se confirma que si hay diferencia entre ambos, lo cual indica que la estrategia si tuvo efectos positivos.

La tabla 39b muestra que los estudiantes de San Antonio las Flores antes y después mantuvieron iguales los conocimientos en la respuesta bueno (18.9 %), disminuyeron en el nivel regular (1.8 %) y aumentaron en el nivel malo (6

%), lo cual significa el nivel de desorientación al que los estudiantes están sujetos producto de diferentes influencias en el tipo de educación. La prueba de signos confirmó los resultados, ya que no se observan cambios estadísticamente significativos.

Al comparar el grupo de estudio con el grupo control se observó que antes obtuvieron resultados muy similares, los cuales variaron una vez que se aplicó la estrategia a favor del instituto Santa Cruz.

Tabla 40. Comparación del nivel de conocimientos sobre relación sexual, en los estudiantes de educación básica de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control), Guatemala, 2013

a) Santa Cruz Chinautla <u>antes y después</u> de aplicar la estrategia					b) Básica San Antonio las Flores antes y <u>después</u> sin aplicar estrategia				
Nivel de conocimiento	Antes		Después		Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
Bueno	12	9.7	9	7.3	Bueno	7	7.4	3	3.2
Regular	14	11.3	41	33.1	Regular	8	8.4	8	8.4
Malo	90	72.6	70	56.5	Malo	74	77.9	76	80
No contestó	8	6.5	4	3.2	No contestó	6	6.3	8	8.4
Total	124	100	124	100	Total	95	100	95	100
Z=-2.339 P signos=0.019					Z=-.743 P signos= 0.458				

La tabla anterior muestra el nivel de conocimientos sobre relaciones sexuales antes y después, en el Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla. Los evaluados de bueno disminuyeron un 2.4 %, los de regular aumentaron en un 21.8 % y el nivel de malo se redujo en un 16.1 %; ambos cambios con significancia estadística y proporcional en relación con la situación existente antes de la intervención. Es importante recalcar que este aspecto no se les impartió como un tema específico, si no que fue tomado en cuenta dentro de otros temas, lo cual pudo influir en el número evaluado de bueno.

El nivel de conocimientos sobre relaciones sexuales en el instituto de San Antonio las Flores muestra que en la comparación antes-después hubo resultados muy similares sin disminución o progreso del conocimiento en sus diferentes niveles, excepto bueno que disminuyó.

Por otra parte, al comparar el grupo de estudio con el de control se puede observar semejanza en las proporciones de los conocimientos sobre relaciones sexuales antes de la intervención. Sin embargo la situación posterior a la estrategia cambia, pues en el instituto de Santa Cruz Chinautla el nivel de conocimientos regular mejoró en proporción significativa y los evaluados de mal disminuyeron. La prueba de signos confirma lo descrito, ya que muestra una significancia estadística de 0.032 para el estudio, lo cual refleja que si hubo diferencia en la ganancia de conocimientos con la aplicación de la estrategia, contrario al grupo control que obtuvo un 0.226.

Tabla 41. Comparación del nivel de conocimientos sobre sexualidad, en los estudiantes de educación básica de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control), Guatemala, 2013

a). Santa Cruz Chinautla <u>antes y después</u> de aplicar la estrategia					b). Básica San Antonio las Flores <u>antes y después</u> sin aplicar estrategia				
Nivel de conocimiento	Antes		Después		Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
Bueno	6	4.8	13	10.5	Bueno	8	8.4	3	3.2
Regular	17	13.7	31	25.0	Regular	8	8.4	5	5.3
Malo	80	64.5	67	54.0	Malo	65	68.4	71	74.7
No contestó	21	16.9	13	10.5	No contestó	14	14.7	16	16.8
Total	124	100	124	100	Total	95	100	95	100
Z=-3.212 P signos=0.001					Z= -1.601 P signos=0.109				

En la tabla 41a se muestra que el nivel de conocimiento sobre sexualidad en el grupo estudio mejoró 6 % en la categoría bueno; hubo un incremento de 11.3 % en la de regular, que resulta significativa, y un 10% de disminución en el nivel

malo, presumiblemente son los estudiantes que aprendieron y pasaron al nivel regular, todo lo cual habla de un efecto bueno de la intervención educativa.

Al analizar el nivel de conocimientos sobre sexualidad en el grupo control, hay resultados peores en la segunda aplicación del cuestionario, por lo cual se puede decir que se mantiene el mismo nivel de conocimientos que tenían con anterioridad.

Antes de realizar la intervención se refleja la similitud en conocimientos entre ambos institutos, con similar proporción. Al comparar las dos poblaciones pos intervención se observa que mejoraron su nivel los estudiantes donde se aplicó la estrategia, mientras que los del instituto control no, las pruebas estadísticas son significativas para ambos grupo. En el caso del instituto estudio tiene una prueba de signos de 0.001, lo cual indica la diferencia del cambio después hacia un incremento en el nivel, mientras que en el instituto estudio con 0.109 no es significativo, es más este descendió en su nivel.

Tabla 42. Comparación del nivel de conocimientos sobre ITS en los estudiantes de educación básica de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control), Guatemala, 2013

a). Santa Cruz Chinautla <u>antes y después</u> de Aplicar la estrategia					b). Básica San Antonio las Flores <u>antes y después</u> sin aplicar estrategia				
Nivel de conocimiento	Antes		Después		Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
Bueno	2	1.6	15	12.1	Bueno	4	4.2	26	27.4
Regular	7	5.6	90	72.6	Regular	33	34.7	22	23.2
Malo	111	89.5	18	14.5	Malo	55	57.9	45	47.4
No contestó	4	3.2	1	0.8	No contestó	3	3.2	2	2.1
Total	124	100	124	100	Total	95	100	95	100
Z = -9.500 P signos= 0 .000					Z= -3.073 P signos= 0.002				

En la tabla 42a, sobre los conocimientos de las ITS antes y después en el Instituto objeto de estudio, se encontró que una vez aplicada la estrategia hubo un aumento en la categoría bueno de 10.5 %. Por su parte, el nivel regular

incrementó un 66.4 % y los evaluados de malo disminuyeron un 75 %, estos resultados son estadísticamente significativos de acuerdo con la proporción de estudiantes. Para este grupo la prueba de signos fue de 0.000, lo cual significa que es significativo estadísticamente, es decir, los conocimientos sobre ITS son diferentes en el antes con respecto al después.

La tabla 42b, en el instituto San Antonio las Flores la comparación antes y después, arrojó que el nivel bueno aumentó 23.2 %, la categorías de regular y malo disminuyeron un 11.5 % y 10.5 % respectivamente. Para el grupo control da una prueba de signos de 0.002, lo que al igual que el anterior resulta significativo estadísticamente y muestra que hubo cambio, pero no en la misma magnitud que el grupo de estudio.

Tabla 43. Comparación del nivel de conocimientos sobre vías para contagiarse de una ITS, en los estudiantes de educación básica de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control). Guatemala, 2013

a). Santa Cruz Chinautla <u>antes y después</u> de aplicar la estrategia					b). Básica San Antonio las Flores <u>antes y después</u> sin aplicar estrategia				
Nivel de conocimiento	Antes		Después		Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
Bueno	55	44.4	75	60.5	Bueno	50	52.6	33	34.7
Regular	30	24.2	31	25	Regular	25	26.3	47	49.5
Malo	31	25	17	13.7	Malo	13	13.7	9	9.5
No contestó	8	6.5	1	0.8	No contestó	7	7.4	6	6.3
Total	124	100	124	100	Total	95	100	95	100
Z= -3.227 P signos= 0.001					Z=-1.143 P signos=0.253				

La tabla 43a compara el nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa sobre las vías para adquirir o contagiarse de ITS y muestra que el nivel de bueno incrementó un 16.1 %; el de regular tuvo un ligero aumento y el de malo se redujo en un 11.3 %, los jóvenes que no contestaron se redujeron en un 5.5 %. Es posible que estos dos últimos hayan

mejorado sus conocimientos, lo cual es estadística y proporcionalmente significativo y demuestra que ha tenido influencia las acciones desarrolladas sobre educación sexual.

La comparación de la tabla 43b, antes y después en el instituto control, muestra que el nivel bueno descendió un 17.9 %, y regular aumentó en un 23.2 %, lo cual indica que difiere estadística y proporcionalmente de forma negativa.

Los resultados reflejan que los niveles de conocimiento en esta variable eran muy similares al inicio, sin embargo, después de aplicada la estrategia cambia proporcional y estadísticamente (0.001) de forma positiva en los estudiantes del instituto de Santa Cruz de Chinautla, no obstante se muestra lo contrario en el instituto control.

Tabla 44. Comparación del nivel de conocimientos sobre consecuencias de la relación sexual con penetración, en los estudiantes de educación básica de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control). Guatemala, 2013

a). Santa Cruz Chinautla <u>antes y después</u> de aplicar la estrategia				
Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Bueno	29	23.4	45	36.3
Regular	83	66.9	72	58.1
Malo	5	4	5	4
No contestó	7	5.6	2	1.6
Total	124	100	124	100
Z= 2.375 P signos=0 .018				

b). Básica San Antonio las Flores antes y <u>después</u> sin aplicar estrategia				
Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Bueno	33	34.7	34	35.8
Regular	51	53.7	53	55.8
Malo	1	1.1	3	3.2
No contestó	10	10.5	5	5.3
Total	95	100	95	100
Z= .000 P signos=1.00				

Con respecto a las consecuencias de la relación sexual con penetración, al analizar el antes y después de la estrategia se obtuvo en el instituto Santa Cruz un incremento en los conocimientos en la categoría bueno (12.9 %), cuya ganancia es estadísticamente significativa; el nivel regular se redujo un 8.8 %,

presumiblemente muchos hayan pasado al nivel superior y los evaluados de mal continuaron igual. Al comparar en el instituto control se encontró que no hubo diferencia significativa para ninguno de los niveles y que los conocimientos están proporcionalmente iguales a antes y después.

Si se compara el instituto estudio y el control, se evidencia que proporcionalmente los estudiantes tienen conocimientos similares en sus respuestas al inicio, pero hay diferencia producto de la estrategia de forma equitativa. La prueba de signos confirma lo descrito, ya que muestra una significancia estadística de 0.018 para el estudio, lo cual indica que si hubo diferencia en la ganancia de conocimientos con la aplicación de la estrategia, contrario al grupo control que obtuvo 1.00.

Tabla 45. Comparación del nivel de conocimientos sobre forma en que una mujer puede quedar embarazada, en los estudiantes de educación básica de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control). Guatemala, 2013

a). Santa Cruz Chinautla antes y después de aplicar la estrategia					b). Básica San Antonio las Flores antes y después sin aplicar estrategia				
Nivel de conocimiento	Antes		Después		Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
Bueno	24	19.4	45	36.3	Bueno	22	23.2	19	20
Regular	34	27.4	76	61.3	Regular	20	21.1	56	58.9
Malo	57	46	1	0.8	Malo	46	48.4	16	16.8
No contestó	9	7.3	2	1.6	No contestó	7	7.4	4	4.2
Total	124	100	124	100	Total	95	100	95	100
Z= -4.692 P signos= 0.000					Z= -2.481 P signos= 0.013				

En la tabla 45a, cuando se compara el nivel de conocimientos de los estudiantes sobre cómo una mujer puede quedar embarazada, en hubo un incremento de 16.9 % en la categoría bueno, 33.9 % aumentó en la de regular y 45 % disminuyó en el nivel malo. Esto significa resultados favorables en los tres niveles y que hay diferencia estadística y proporcionalmente significativa,

producto de la estrategia educativa, ello lo demuestra la prueba de signos con 0.00.

En el grupo control disminuyó en un 3.2 % el nivel bueno, regular aumentó un 37.9 % y los evaluados de mal disminuyeron 31.6 %. En el nivel malo y regular existe una diferencia significativa proporcional a mejorar los conocimientos. Este grupo a pesar que la prueba de signos dio 0.013 que indica diferencia, pero no hacia el incremento del nivel bueno, sino al malo.

Al realizar la comparación entre ambos institutos (estudio y control) antes de la estrategia, se obtuvo que los conocimientos proporcionalmente eran similares. Una vez aplicada la misma, los conocimientos se incrementaron en el instituto estudio, y en el grupo control en el nivel bueno se redujo, pero subió en el regular de forma significativa y bajó en la categoría mal.

6 2 Presentación de cambios en percepciones y comportamientos

A continuación se presentan los resultados que se obtuvieron en la segunda aplicación del cuestionario y se analizan los cambios con respecto a las percepciones y comportamientos sobre sexualidad en los estudiantes del instituto estudio y en el grupo control, solo para aquellas variables donde se muestran cambios significativos a partir de la estrategia, ya que el resto de las variables no estuvieron sujetas a cambios.

Tabla 46. Percepción sobre cuál es la edad apropiada para tener relaciones sexuales, de los estudiantes de educación básica de los Institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control).

Guatemala, 2013

a) Santa Cruz Chinautla <u>antes y después</u> de aplicar la estrategia					b) Básica San Antonio las Flores <u>antes y después</u> sin aplicar estrategia				
Percepción sobre edad	Antes		Después		Percepción sobre edad	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
10 a 13	3	2.4	0	0	10 a 13	0	0	2	2.1
14 a 16	9	7.3	1	0.8	14 a 16	4	4.2	4	4.2
17 a 19	21	16.9	5	4	17 a 19	13	13.7	15	15.8
20 a 22	49	39.5	33	26.6	20 a 22	35	36.8	36	37.9
23 a 25	38	30.6	82	66.1	23 a 25	37	38.9	30	31.6
No contestó	4	3.2	3	2.4	No contestó	6	6.3	8	8.4
Total	124	100	124	100	Total	95	100	95	100
Z= -5.190 P signos =0.000					Z= -1.764 P signos =0.078				

La tabla 46a compara los resultados antes y después de la aplicación de la estrategia educativa según las valoraciones sobre cuál es la edad apropiada a la que los estudiantes consideran iniciar las relaciones sexuales, no fueron muchos los que consideraron el comienzo temprano de las relaciones sexuales, aunque después de la estrategia hubo una reducción importante,

concentrándose más del 90 % en edades a partir de los 20 años, de 23 a 25 años aumentó un 36 %, que es estadística y proporcionalmente significativa, comprobado por la prueba de signos que marca la diferencia de 0.000.

En el instituto control, tabla 46b, los datos obtenidos se mantienen muy similares en antes y después. Entre los institutos hay resultados similares, no hubo cambios significativos estadística y proporcionalmente, lo confirma la prueba de signos de 0.078.

Tabla 47. Criterios sobre los motivos, para tener relaciones sexuales, de los estudiantes de educación básica de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control). Guatemala, 2013

a) Santa Cruz Chinautla <u>antes y después</u> de aplicar la estrategia					b) San Antonio las Flores antes y <u>después</u> sin aplicar estrategia				
Criterios para tener relaciones sexuales	Antes		Después		Criterios para tener relaciones sexuales	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
Por amor	28	22.6	35	28.2	Por amor	23	24.2	18	18.9
Por curiosidad	5	4	8	6.5	Por curiosidad	9	9.5	13	13.7
Por amor y curiosidad	1	0.8	0	0	Por amor y curiosidad	0	0	0	0
La(o) obligaron	1	0.8	0	0	La(o) obligaron	2	2.1	0	0
Porque la mayoría lo hacen	3	2.4	3	2.4	Porque la mayoría lo hacen	0	0	0	0
Fue condicionada	0	0	3	2.4	Fue condicionada	1	1.1	1	1.1
Todos lo hacen	1	0.8	5	4	Todos lo hacen	1	1.1	2	2.1
No contestó	85	68.5	70	56.5	No contestó	59	62.1	61	64.2
Total	124	100	124	100	Total	95	100	95	100
Z= -1.240 P signos=0.015					Z= -.894 P signos=0.371				

La tabla 47a muestra la comparación antes y después sobre cuál es la motivación para tener relaciones sexuales. En el grupo de estudio se obtuvo que es por amor y se incrementó en un 5.6 %. Las restantes categorías permanecieron muy similares, el porcentaje de no respuesta disminuyó un 12 %, lo cual puede atribuirse a los cambios en otras categorías, esto da la

diferencia proporcional, y lo comprueba la prueba de los signos 0.015 que indica ser significativo.

En el grupo control antes y después no hubo variaciones en sus respuestas y guarda la misma proporción en las respuestas, lo cual no lo hace estadísticamente significativo y no lo indica la prueba de signos de 0.371.

Tabla 48. Comparación sobre si ha tenido relaciones sexuales, los estudiantes de educación básica de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control). Guatemala, 2013

a) Santa Cruz Chinautla <u>antes y después</u> de aplicar la estrategia					b) San Antonio las Flores <u>antes y después</u> sin aplicar estrategia				
Prácticas anteriores de relaciones sexuales	Antes		Después		Prácticas anteriores de relaciones sexuales	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
No	96	77.4	80	64.5	No	61	64.2	65	68.4
Si	17	13.7	15	12.1	Si	9	9.5	15	15.8
No contestó	11	8.9	29	23.4	No contestó	25	26.3	15	15.8
Total	124	100	124	100	Total	95	100	95	100
Z= -2.45 P signos= 0.014					Z= -1.803 P signos= 0.071				

En la tabla 48 aparecen los estudiantes que han tenido relaciones sexuales antes y después de la aplicación de la estrategia educativa y hay resultados muy similares. Llama la atención que el grupo que no contestó se incrementó en un 14.5 %. Se puede observar que no aumentó el número de estudiantes que tiene relaciones sexuales, lo cual puede explicarse por los tabúes de la etnia o bien por influencia de la estrategia educativa. La prueba de signos 0.014 indica que existe una diferencia marcada significativa, muy probablemente por las razones ya expuestas.

El grupo control no difiere significativamente, ya que los porcentajes se mantienen en valores similares, con una leve tendencia a aumentar la variable, así como la práctica sexual. La prueba de signos 0.071 indica que la diferencia

no es significativa desde el punto de vista estadístico, ya que no hay diferencia en un antes y un después.

Tabla 49. Criterios sobre quién es responsable de evitar embarazos, en los estudiantes de educación básica de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (Control). Guatemala, 2013

Santa Cruz Chinautla <u>antes y después</u> de aplicar la estrategia					Básica San Antonio las Flores antes y <u>después</u> sin aplicar estrategia				
Criterios sobre responsable de evitar embarazo	Antes		Después		Criterios sobre responsable de evitar embarazo	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
La mujer	14	11.3	12	9.7	La mujer	10	10.5	5	5.3
El hombre	12	9.7	19	15.3	El hombre	9	9.5	14	14.7
Hombre y mujer	86	69.4	66	53.2	Hombre y mujer	62	65.3	53	55.8
No contestó	12	9.7	27	21.8	No contestó	14	14.7	23	24.2
Total	124	100	124	100	Total	95	100	95	100
Z=-2.688 P signos= 0.007					Z= -1.470 P signos= 0.142				

En cuanto a los criterios sobre quién es el responsable de prevenir los embarazos, en el grupo de estudio de Santa Cruz Chinautla se mostró un incremento en el grupo que no contestó, de 12.1 %, muy posiblemente el grupo que considera la responsabilidad de ambos haya valorado no estar seguro de la respuesta que dio antes; sin embargo muestra un cambio significativo de acuerdo con la prueba de signos de 0.007. El grupo control mantuvo la proporción de respuestas similares, las cuales no tienen diferencia significativa de acuerdo con la prueba de signos que fue de 0.142. Esto hace suponer que los grupos mantienen la misma postura en un antes y un después, y es necesario educar a los estudiantes sobre paternidad responsable y género.

Para las demás variables que valoran las percepciones y comportamientos de los estudiantes se obtuvo resultados muy similares o iguales entre antes y

después, sin significancia estadística para el grupo de estudio de Santa Cruz Chinautla y el grupo control de San Antonio las Flores. Con respecto a las variables de, “por qué se practican las relaciones sexuales” mantienen sus criterios de respuesta (antes–después) y las proporciones no difieren significativamente entre sí en el instituto estudio como en el instituto control.. Llama la atención las variables respuesta de que lo ven por un medio de comunicación y “me gusta y me hace sentir bien” son las de mayor proporción junto a un grupo que no contestó, esto indica como los diferentes medios influyen conductas sexuales en los estudiantes (Anexo 6).

En cuanto a la utilización de anticonceptivos en el grupo de estudio antes y después, se muestra un incremento significativo (58.1 %) respecto al uso del condón, y disminuyó significativamente la respuesta de varios métodos. Con respecto al resto de los métodos se mantuvo similar la proporción, que no difiere significativamente.

La autora valora que el incremento significativo respecto al uso del condón obedece a que en el curso impartido se profundizó en este como método de protección y prevención de ITS y embarazos, ya que por las creencias de la etnia no se pudo incluir educación sobre los diferentes métodos anticonceptivos que existen. En el grupo control, los estudiantes mantienen una misma postura respecto a los métodos anticonceptivos antes y un después, lo cual no difiere significativamente, ya que las proporciones son mínimas. La única diferencia entre ambos grupos fue la relativa al uso del condón, explicada antes (Anexo 6).

Con respecto a la edad de la primera relación sexual, en el grupo estudio se obtuvo una diferencia en el rango de 16 a 17 años con un 3.2 % más y se redujo el porcentaje de las personas que no respondieron en un 9.6 %. Esto habla a favor de la valoración realizada en el diagnóstico, en el cual se asumió que muchos de quienes no respondieron si habían tenido relaciones sexuales y lo ocultaban por temor a ser identificados. La autora considera que es probable que los estudiantes al acceder a todo el proceso desencadenado por la estrategia, en el cual se han vinculado sus padres, hayan decidido sincerarse

más, aunque aún hay muchos que niegan las prácticas sexuales que realizan. En el grupo control, antes y después, no hubo incremento en el inicio de las relaciones sexuales. Los resultados en ambos institutos es casi la misma, pues mantuvo similares cantidades de forma proporcional sin diferencia significativa (Anexo 6).

6.3 Discusión de resultados

Guatemala es uno de los países que posee la población más joven en edad reproductiva y productiva en la región centroamericana (13). También posee un nivel elevado de fecundidad (17), principalmente en las zonas rurales, ya que son áreas donde hay baja calidad educativa o problemas de cobertura, acceso a la educación, pobreza extrema, desnutrición, déficit habitacional, falta de servicios de salud, entre otros que afectan la calidad de vida de la población. Es por esta razón que la educación sexual es una responsabilidad de toda la sociedad guatemalteca, para obtener cambios en conductas, percepciones, actitudes y valores en lo referente a la sexualidad (8). La promoción y educación para la salud ofrece un legajo de alternativas que permiten orientar acciones concretas en el ámbito comunitario con la participación de la sociedad en general, para resolver los problemas existentes de donde se generen y de acuerdo con sus propias características, para establecer acciones que mejoren las condiciones y estilos de vida. Tal es el caso de la comunidad de Santa Cruz Chinautla (grupo estudio) y San Antonio las Flores (grupo control), donde se evidencian las características en mención, con condiciones ambientales y topográficas de riesgo, donde existe la necesidad de un abordaje urgente a los problemas de conocimientos sobre salud sexual en los adolescentes.

En ambos institutos predominan los hombres y se evidencian costumbres arraigadas basadas en la desigualdad de género. Esto se refleja en las estadísticas de educación a nivel nacional y centroamericano donde Guatemala tiene el primer lugar en población analfabeta, mayor en las mujeres respecto a

los hombres. De igual forma, en la población matriculada en estudios predominan los hombres, esto también se ve en otros países centroamericanos como Panamá y El Salvador (140).

Los estudiantes no tienen una actividad fuera del tiempo de estudios, se dedican a reunirse con sus pares, lo cual es propio de la edad, y que como mencionan otros autores ha pasado a ser parte de su cotidiano (48). Llama la atención que no existe organización que promueva una vida placentera en los jóvenes, lo cual constituye un riesgo en la población adolescente. El tiempo libre de los estudiantes podría aprovecharse por la Iglesia Católica y Evangélica, dos actores clave en esta comunidad, para generar actividades educativas y recreativas que contribuyan a que el joven tenga una vida sana y asuma una práctica sexual responsable.

Otro aspecto importante es que la aculturación o transculturación en los estudiantes se ve muy acentuada. Muestra de ello es que los estudiantes de Santa Cruz Chinautla han olvidado su lengua nativa en un gran porcentaje, y los de San Antonio las Flores lo han hecho en su totalidad. Con esto han perdido una herencia e identidad de su propia cultura, a pesar de que estos jóvenes en su mayoría viven con sus padres, quienes presumiblemente si hablan la lengua.

Otra característica importante del grupo de estudiantes es que en su mayoría viven con sus padres, esto de acuerdo con otros estudios indica que tienen más oportunidad de terminar los estudios que aquellos jóvenes que viven solos con uno o ninguno de sus padres (141).

En cuanto a la evaluación de conocimientos, como ya se mencionó, la educación formal permite instruir, profundizar y aclarar dudas relativas a la ausencia de conocimientos sobre salud sexual que poseen los estudiantes. Esta es reconocida en este estudio a partir de los resultados obtenidos.

El conocimiento que los jóvenes obtuvieron, una vez aplicada la estrategia, sobre crecimiento y desarrollo reflejó un incremento significativo, estos dos temas son muy importantes para que ellos conozcan los cambios de su cuerpo

y puedan asumir su sexualidad. La autora considera que es un concepto necesario en el nivel básico y que se le debe proporcionar al estudiante para que comprenda el resto de contenidos que se le impartirá sobre salud sexual.

En cuanto a los conocimientos sobre relación sexual, permite disminuir en el adolescente tabúes y mitos riesgosos en relación con el tema que va de la mano con el conocimiento de la salud sexual. El estudio mostró la falta de orientación y educación de los estudiantes, y la búsqueda de conocimientos por los medios a su alcance, lo cual no le permite una adecuada preparación.

En cuanto al conocimiento sobre ITS y las vías para contagiarse, hubo una mejora estadísticamente significativa, lo cual indica la efectividad de la estrategia y reivindica la importancia de impartir este tipo de temas en los institutos o escuelas, ya que permite poner en alerta a los jóvenes sobre los riesgos de tener relaciones sexuales coitales y sus consecuencias, al eliminar las falsas creencias que se generan en las comunidades, y que al mismo tiempo causan daño. Situación similar pasa con el tema de las consecuencias al tener una relación coital, que en apariencia se considera que las personas saben, sin embargo, los resultados obtenidos muestran que la estrategia permitió que mejoraran sus conocimientos de forma significativa.

El hecho de que la educación sobre salud sexual se planifique de forma estandarizada para todo el país, no permite saber cuáles son las necesidades educativas que el estudiante tiene, principalmente en la adolescencia (18). Con acciones educativas a partir de un diagnóstico se promueve que los estudiantes se mantengan en sus estudios sin desertar, se incrementa el grado de responsabilidad y se reduce el riesgo de contraer ITS, al mismo tiempo que contribuye a la disminución de estos indicadores para esta población de estudio.

En cuanto al conocimiento sobre la forma en que una mujer queda embarazada, hubo resultados más favorables, estadísticamente significativos, con la aplicación de la estrategia, pues muchos de ellos tenían ideas equivocadas y

creencias falsas en relación con el embarazo, que aunque pareciera que todos lo saben y lo aprenden con sus padres o de cualquier otra fuente en el recorrido de su vida, el estudio demostró que no es así. Por ello resulta importante impartir y compartir conocimientos para eliminar falsas creencias que rondan entre los jóvenes, y que a través de la educación informal no se aprenden conocimientos certeros en torno al tema.

Lo anterior evidencia que dar aportes de conocimientos científicos a la población estudiantil en el componente educativo con la promoción de la salud sexual, permite el esclarecimiento y reflexión de aspectos que incorporarán para una mejor comprensión de su sexualidad, para lograr su disfrute pleno, enriquecedor y saludable en los distintos momentos y situaciones de la vida (27). Otro aspecto de importancia es que se debe tomar en cuenta que la educación informal por ser desorganizada y carente de objetivos, no es la apropiada para educar sobre salud sexual (28), pero que dada su aceptación dentro de los jóvenes se debe usar inteligentemente y contrarrestar sus efectos nocivos mediante la incorporación de acciones de promoción y educación para la salud. Evidencias de estudios hechos en otros países muestran también que después de una estrategia educativa hay una mejora significativa en los conocimientos (70).

En relación con los conocimientos sobre métodos anticonceptivos, como ya se dijo no fue abordado, a pesar que las autoridades de las iglesias estén conscientes de los embarazos en adolescentes (30). Esto pone en desventaja a los estudiantes que ya han tenido experiencias sexuales coitales de embarazos no deseados con la consecuente deserción escolar, que se registra en otros estudios a nivel nacional e internacional y donde los adolescentes no usan protección (80) (82) (21).

Respecto a las percepciones y prácticas sobre sexualidad, la estrategia provocó cambios en cuanto a motivos para tener relaciones sexuales, ya que se acentuó el amor, como principal motivación. A pesar de esto, un porcentaje considerable

no contestó, ni antes ni después, posiblemente por la falta de seguridad en la respuesta.

Otra variable con tendencia a modificación fue sobre la persona responsable para evitar los embarazos, ya que el grupo de estudio varió en sus respuestas y aumentó el porcentaje de estudiantes que no contestaron y la alternativa que sitúa al hombre como el responsable. Por otro lado, el grupo de estudio tuvo respuestas muy similares, por lo que no fue un cambio significativo.

En cuanto al uso de condón en la primera relación coital, los porcentajes obtenidos por los estudiantes de Santa Cruz Chinautla no difieren significativamente. La frecuencia con la que usan condón se mantuvo en la respuesta en un antes y un después para ambos institutos sin una diferencia en los resultados.

El resto de las variables que valoran las percepciones y prácticas mantuvieron los mismos porcentajes antes y después para ambos institutos, esto dice que para obtener un cambio en sus prácticas la educación debe ser durante todo un ciclo escolar, donde los jóvenes participen de forma activa.

La estrategia de promoción y educación de la salud sexual en Santa Cruz Chinautla se sustentó en el modelo teórico Precede-Procede, el cual orientó e involucró a líderes comunitarios, autoridades del instituto, maestros, padres de familia y principalmente a los estudiantes (37). En tal sentido, es una manera de dar respuesta a las necesidades que son evidentes en los adolescentes; también se fortaleció el estudio con la teoría del interaccionismo simbólico (65), que permitió saber los significados y el sentido de la acción social en torno a la salud sexual y para la planificación y educación dirigida al adolescente con componentes de la teoría constructivista (63), las cuales fueron en conjunto herramientas que contribuyeron al desarrollo de la estrategia educativa y por consiguiente a la mejora de los resultados en cuanto a los conocimientos sobre salud sexual que los estudiantes obtuvieron.

6.4 Conclusiones del capítulo

El análisis de las diferentes actividades incluidas en la estrategia para lograr cambios en el corto plazo mostró que la intervención fue eficaz, ya que los estudiantes tuvieron, en la mayoría de los casos, modificaciones estadísticamente significativas en cuanto a los conocimientos. Respecto a las percepciones y prácticas sexuales solo muestra un aumento con relación a la edad apropiada para tener relaciones sexuales y el uso del preservativo. En el resto de variables no hubo cambios proporcionalmente significativos después de la estrategia, resultado esperado, dado el bajo nivel encontrado y el contexto social de la comunidad las posibilidades de cambios estaban, fundamentalmente, en incrementar los conocimientos sobre salud sexual y a partir de un trabajo de promoción, educación y prevención en salud sistemático se podrán obtener cambios importantes en los comportamientos. El apoyo recibido por los actores sociales de la comunidad, padres y el instituto en la aplicación de la estrategia fue esencial en el éxito de la misma y posibilita darle continuidad. Además el algoritmo metodológico utilizado permite el abordaje en otras comunidades y el perfeccionamiento constante de la estrategia a partir de los resultados que se vayan obteniendo.

El marco legal en torno a la promoción y educación sobre salud sexual es un tema privilegiado, que a nivel de país está presente en la Constitución Política de la República de Guatemala y en el Código de Salud, pero realmente la mayoría de las propuestas se quedan en informes y muy pocas en acciones concretas que contribuyan al cambio y a asegurar la calidad de vida de los adolescentes.

Conclusiones

Conclusiones

- Se evidenció que aunque se han realizado múltiples investigaciones en el campo de la salud sexual del adolescente aún subsisten problemas y diferencias entre países, sobre todo, en aquellos aspectos que reflejan conocimientos de este tema, fundamentalmente en las zonas rurales y en la población indígena de América Latina. También se muestra que aunque se logren altos niveles de conocimientos sobre salud sexual pueden existir comportamientos que no están en correspondencia con los mismos, lo cual habla de la necesidad de crear habilidades en los adolescentes.
- Los estudiantes se caracterizan por vivir en un contexto donde predominan las condiciones de pobreza e inseguridad social, sus padres tienen muy bajo nivel educacional y tienen arraigadas las tradiciones culturales de su etnia y fuertes creencias religiosas. En la comunidad hay poca cobertura a los servicios de salud y educación, y desfavorables condiciones ambientales que incide negativamente en la salud de sus pobladores. Viven con sus padres en condiciones de hacinamiento y limitaciones económicas, y la comunidad no les proporciona opciones para ocupar el tiempo no escolar, ni orientación para enfrentar su proyecto de vida y cuidar su salud.
- El estudio proporcionó información con fundamento científico sobre el nivel de conocimientos, comportamientos y percepciones de salud sexual que poseen los estudiantes indígenas, desde su perspectiva y su universo simbólico. Esto ha posibilitado adecuar las acciones aplicadas y lograr que sean aceptadas por los estudiantes, actores sociales, padres y maestros.

- La estrategia educativa diseñada constituye una alternativa viable para ser replicada en contextos similares a partir del modelo teórico Precede-Procede, ya que busca factores propios en el contexto donde se aplica, lo cual le da efectividad a los procesos que se buscan para la promoción y educación en salud sexual.
- Los resultados de la investigación muestran conocimientos sobre salud sexual muy deficientes en los estudiantes, los cuales mejoraron una vez aplicada la estrategia. Con respecto a los comportamientos, dado el corto período que hubo entre la aplicación y evolución, no hubo cambios importantes, lo cual requiere de un seguimiento de la estrategia hasta lograr las habilidades necesarias para modificar sus comportamientos en salud sexual.
- La estrategia contribuyó indirectamente a sensibilizar sobre salud sexual a la población general, a partir del apoyo recibido y el interés demostrado en continuar la aplicación de la misma. También puede hablarse de mejoras en el nivel de conocimientos sobre salud sexual en la población en general, dadas las actividades realizadas con ellos y a que los estudiantes y los maestros del instituto pueden ser una fuente de divulgación sobre la información adquirida.

Recomendaciones

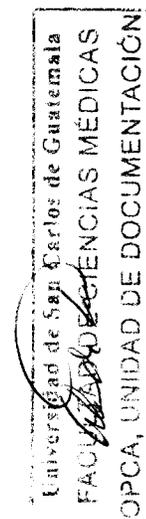
Recomendaciones

- Difundir los resultados de la estrategia en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para sensibilizar a las autoridades y al personal a cargo sobre la necesidad de abordar el componente de la salud sexual y reproductiva en las comunidades indígenas guatemaltecas, con énfasis en la población adolescente.
- Sugerir al Ministerio de Educación que el tema sobre salud sexual se supervise y se actualice para que los maestros hagan efectivo el contenido que se encuentra en la malla curricular de Ciencias Naturales del nivel básico del Currículo Nacional Base.
- Sugerir a las diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que realicen estudios sobre la situación de la salud sexual del adolescente en Guatemala.
- Recomendar a los directivos de la Escuela de Estudios de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que fomenten la realización de investigaciones en el campo de la salud pública, con énfasis en la promoción y educación para la salud, que aporten beneficios a la población de las comunidades indígenas.
- Mantener control sobre la realización de las actividades incluidas en la estrategia en la comunidad objeto de estudio, con el propósito de crear habilidades sobre salud sexual en los estudiantes.

Referencias

Referencias

1. Artilles de León I. Violencia de género, obstáculos para su prevención y atención. *Sexologia y Sociedad* (Habana);2006. 12(32): 21-26.
2. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Actas de una reunión de consulta. Guatemala: OPS, Asociaion de sexologia;2000.
3. Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas. La Contribución de las ONGs a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en América Latina: , recomendaciones de la sociedad civil para mejorar el seguimientos de los acuerdos del Cairo y Beijing. Nueva York: FNUAP; 1998.
4. Real Academia Española. [en línea]. España: RAE; 2010 [citado 3 nov 2012]. Disponible en: [http://buscon.rae.es/drae/..](http://buscon.rae.es/drae/)
5. World healt organization . *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*. Genera: WHO; 2006.
6. ÁvilaGarcíaG, TeóricosRodartelcoord. Por mi salud y tu tranquilidad hablemos de sexualidad México: Gobierno Federal; 2012.
7. Organización de Naciones Unidas. Informe de la conferencia internacional sobre población y el desarrollo 1994. En: Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo, El Cairo. 5-13 de agosto, 1994. Nueva York: Naciones Unidas. p. 188.
8. Peña Borrego M, Torres Esperón J, Pérez Lemus F, Ramírez Castro T, Pría M. Conocimientos y comportamientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Rev Cubana Enfermer* [en línea]. 2005 Abr [citado 27 Mayo 2014] ; 21(1): 1-3. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864->



03192005000100009&script=sci_arttext

9. Ippolito-Shepherd J, Mantilla Castellanos L. Escuelas promotoras de la salud. Washington, DC: OPS; 2003.
10. United Naciones *The Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects The 2012: Revision, Volume II: Demographic Profiles. NY: UN;2013; Vol. II [Demographic Profiles (ST/ESA/SER.A/345)]*.
11. Williamson N, Blum R. Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2013.
12. Hindin J, Sigurdson Christiansen, Ferguson. *Setting research priorities for adolescent sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. Washigton, D. C: World Health Organization. 2013.*
13. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística.[en línea] Guatemala: INE; Estimaciones y proyecciones de población para el período 1950-2050 del censo 2002, Direccion de Censos y Estadísticas. [citado 10 Mayo 2012] Disponible en: <http://www.nd.edu/~cmendoz1/poblacion.pdf>;
14. Centro de Informacion de las Naciones Unidas. La juventud y las Naciones Unidas.(en línea) México:CINU; 2012 [citado 10 Jul. 2012].Disponible en: http://www.cinu.mx/minisitio/UNjuventud/preguntas_frecuentes/.
15. Organización Naciones Unidas. Juventud.informe de la juventud 2012: Temas Mundiales [en línea]; N.Y: ONU; 2012. [citado 24 Dic 2012] Disponible en: <http://www.un.org/es/globalissues/youth/>.
16. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística de Guatemala. Resumen ejecutivo del compendio estadístico sobre situación de niñas adolescentes. Guatemala: INE; 2013.

17. Organización de Naciones Unidas. [en línea]. División de población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. 2010 Nueva York [citado 10 Mayo 2013] Disponible en: <http://www.un.org/es/development/desa/about/divisions.shtml>.
18. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. V Encuesta Nacional de salud materno infantil 2008-2009. Guatemala: MSPAS-INE-CDC; 2010.
19. Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia. La adolescencia, datos y cifras de Guatemala: informe completo del estado mundial de Guatemala.[en línea] Guatemala: UNICEF; 2011.[citado el 10 Jul 2012] Disponible en: http://www.unicef.org.gt/1_recursos_unicefgua/publicaciones.htm.
20. Slowing K. Niñas-madres: ¿familias y desarrollo? [en línea]. Guatemala: Plaza Pública; 2012 [citado 15 Mayo 2013]. Disponible en: <http://www.plazapublica.com.gt/>.
21. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de progreso UNGASS 2008-2009. Guatemala: UNGASS; 2010.
22. ONUSIDA. Reporte casos de VIH Guatemala UNGASS: reporte UNGASS.[en línea] [citado 23 Jun 2012] Guatemala: ONUSIDA; OPS; 2010.Disponible en <http://www.pasca.org/content/informes-ungass>
23. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Ginebra: Onusida; 2011.
24. Fernández Carral S, Anahí Villa. Comunicación y salud en la escuela. Rev Comunicación y Salud (Argentina). 2012; 4.
25. Garcés M, Arriaga de Vázquez CA, Estrada G, Figueroa W, Colom A. Salud reproductiva en adolescentes de Guatemala. Guatemala: UNICEF; 2005.
26. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Contreras Palú ME,

- Perdomo Cáceres B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Rev. Cuba.salud publica; 2013 Ene- Mar; 39 (1): 161-174.
27. Sanabria Ramos G, Rodríguez Cabrera A, Rojo Pérez N. Promoción y Educación sexual para la salud sexual y reproductiva. Santo Domingo: Centenario;2007.
 28. Bergona Trilla J. La educación fuera de la escuela, ambientes no formales y educación social. Barcelona: Ariel; 2003.
 29. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Censo poblacional 2002. Guatemala: INE; 2002.
 30. Calvillo Paz CR, Rodríguez Cabrera A. Educación sexual para estudiantes indígenas de una comunidad rural de Guatemala. Novedades de Población Cuba; 2014.(20)21-30
 31. Guatemala. Ministerio de Educación. Currículum nacional base. [en línea]. Guatemala: MINEDUC; 2014 [citado 20 Dic 2014] . Disponible en: [http://cnbguatemala.org/index.php?title=Bienvenidos al Curr%C3%ADculum Nacional Base](http://cnbguatemala.org/index.php?title=Bienvenidos_al_Curr%C3%ADculum_Nacional_Base).
 32. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia. SIGSA control prenatal.. Memoria anual 2011. Chinautla, Guatemala: Área de Salud Guatemala nor Oriente/Puesto de Salud Chinautla; 2012.
 33. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Asociación Mundial de Sexología. [en línea]. Guatemala: OPS 2000 [citado 10 Jun 2012 Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf.
 34. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22 ed. . [en línea] España: RAE 2001.[citado 12 Sep 2012] Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/>

35. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Reglamentos de constitución, Documentos basicos Ginebra: OMS; 2006. (Reporte 45).
36. Guatemala. Congreso de la República de Guatemala. Código de Salud Decreto 90 1997, octubre 02. Guatemala: El Congreso; 1997.
37. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa, Canadá: OMS; 1986.
38. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia. Nueva York: Unicef; 2011.
39. Cuba. Ministerio de Salud Publica. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. Cuba: MINSAP; 2002.
40. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Antigua Guatemala. Ginebra: OMS; 2000.
41. Patpatiam J. Rol de los padres en la educación sexual de sus hijos. Uruguay: ACUPS; 2004.
42. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades las desigualdades en una generación. Informe final. Buenos Aires: OMS; 2009.
43. García A, Hernandez M, Vidal J. La danza, arte y disciplina para fortalecimiento del desarrollo integral en el adolescente. Hidalgo, México: Universidad Autonoma del estado de Hidalgo; 2007. .
44. Bergona Trilla J. La educación fuera de la escuela Barcelona: Ariel; 1993.
45. Comisión Europea. Apertura de la educación: docencia y aprendizaje innovadores para todos a través de nuevas tecnologías y recursos educativos abiertos. Bruselas: Comisión Europea; 2013.
46. Durkheim E. Educación y sociología. 3 ed. Mexico: Colofón; 1991.

47. MacLuhan M. Comprender los medios de comunicación, las extensiones del ser humano. Barcelona: Paidós; 1996.
48. Morales E. Educación formal, no formal e informal. [en línea] Uruguay: Aula; 1996 [citado 24 Nov. 2012]. Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/eduformal.pdf>.
49. Organización para la Agricultura y Alimentación de las Naciones Unidas. Una educación en población para la juventud rural a nivel comunitario. Bogotá, Colombia. FAO. Departamento Económico y Social; 2007.
50. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Álvarez Vázquez L. Salud sexual y reproductiva en adolescentes cubanos. La Habana: Casa Editora Abril; 2009.
51. Blank ME. El modelo precede/procede: un organizador avanzado para la reconceptualización del salud.[en línea] Venezuela: Universidad de Carabobo Facultad de Ciencias de la Salud; 2006. Disponible en: http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/modelo_precede_proceed2.pdf
52. Holt C, Fawcett S, Schultz JA, Loewensten M. Caja herramienta comunitaria, modelos comunitarios. [en línea]. Kansas: Universidad de Kansas; 2013 [citado 20 Jun 2013]. Disponible en: <http://ctb.ku.edu/es>.
53. Donohue WA. The community asset development for youth.BitLibrary Department of Education [en línea]2002 [citado 13Oct. 2012]; 1 Disponible en: http://www.cj.msu.edu/~outreach/safe_schools/cd_apr2003/cady.PDF.
54. Donohue A. Caja de herramienta comunitaria, desarrollo de valores positivos. [en línea] Kansas: Universidad de Kansas; 2013 [citado 15 Feb 2013]. Disponible en: <http://ctb.ku.edu/es/tablecontents/seccion2-1.aspx>.

55. Gifre Monreal M, Guitart ME. Consideraciones educativas desde la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. Contextos Educativos, Universidad de Girona. (España) 2012 Oct; 15 (15):5.
56. Torrico Linares E, Santin Vilariño C, MA. El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. Anales de Psicología. 2002 Jun; 18 (1):45-59.
57. Moreno P, Gil Nieto J. El modelo creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2003; 3(1577-7057).
58. Cabrera AG, Tascón GJ, Lucumí CD. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Rev Facultad Nacional de Salud Pública. 2001; 1:91-01.
59. Cabrera G. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Facultad Nacional de Salud Pública.(Colombia) 2000; 18(2):129-138.
60. Hubble MA, Duncan BL, Miller SD. Como cambian las personas y como podemos cambiar nosotros. Washington, D.C.:American Psychological Association; 1999.(1)227-255
61. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.. Las tecnologías de la información y la comunicación en la formación docente. 3 ed. Paris: Trilce; 2004.
62. Becco G. Vigotsky y teorías sobre el aprendizaje. Buenos Aires:AFAAM; 2012.
63. Perez Córdoba RA. El constructivismo en los espacios educativos. San José, Costa Rica: Coordinación Educativa y Cultural Centro Americana.CECC/SICA; 2009.
64. Ausubel D. Aprendizaje significativo. Adquisición y retención del conocimiento: una perspectiva cognitiva. España: Paidós; 2002.

65. Carabaña J, Lamo de Espinosa E. La teoría social del interaccionismo simbólico: análisis y valoración crítica. Rev Española de Investigaciones Sociológicas. 2011 Nov. 1:159-203.
66. Alsina. Interaccionismo simbólico. En:_ Teorías de la comunicación: ámbitos, métodos y perspectivas. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2011. p. 237.
67. Torices Rodarte I, Avila García G. Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad. México: Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa; 2012.
68. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud Promoción salud sexual, recomendaciones para la acción Antigua Guatemala [en línea]Washington, D:C.: OPS 2000 [citado 28 Jun. 2012]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf.
- .69. Sales M, Brown L, Vissman T. The association between alcohol use and sexual risk behaviors among african american women across three developmental periods: A Review. Curr Drug Abuse Rev. 2012 Jun.; 5(2):117-28.
70. Calleljas Pérez S, Fernández Martínez B, Méndez Muñoz P, León Martín T, Fábrega Alarcón C, Villarín Castro a, et al. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. Rev Española de Salud Pública, Scielo (España). 2005 Oct; 79(5):581-589.
71. González Lama J, Calvo Fernández J, León P. Estudio epidemiológico de comportamientos de riesgo en adolescentes escolarizados de dos poblaciones, semirural y urbana. Atención Primaria. 2002 Sep.; 30(04): 64.
72. Paz Bermúdez , Castro , Madrid , Buela-Casal. Análisis de la

- conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health*. 2010 Ene.; 10(1):[aprox. 2pant].
73. Hernán M, Fernández A, Ramos M. *la Salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social*. España: Consejo de la Juventud de España: 2004.
 74. Corres Molina M, Valerio Castro E, Ortiz Ruiz ME, Shaw Dulín RJ, Colín Valenzuela AG. Morbilidad materno-fetal en adolescentes. *Anales médicos*. 2013 Sept. 58(3):175 - 179.
 75. Atkins , Sulik J. *The effects of school poverty on adolescents' sexual health knowledge. Research in nursing & health*. 2012 Mar;35: 231–241 doi: 10.1002/nur.21471.
 76. Lang L, Rieckmann, T, DiClemente J, Crosby, A. *Multi-level factors associated with pregnancy among urban adolescent women seeking psychological services*. *Journal of Urban Health*. 2013 Abr; 90(2) doi: 10.1007/s11524-012-9768-5.
 77. Mchunu G, Peltzer K, Tutshana B. *Adolescent pregnancy and associated factors in South African youth*. *African Health Sciences*. 2012 Dic; 4 (12):[aprox.2pant].
 78. Williamson N, Blum R. *Maternidad en la niñez*. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2013.
 79. Programa conjunto de las Naciones Unidas. Informe sobre la epidemia mundial del sida 2013. Programa conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA). [en línea]Ginebra: ONUSIDA; 2013 [citado 13 Mayo 2014]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf.
 80. Alba LE. *Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención*. Universitas. (Bogotá Colombia) 2010 Mar.; 51((1): 29-42).

81. González C, Hoz-Restrepo. Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba. Rev. Salud Publica. Bogotá. 2011Feb; 13(1): 67-78.
82. Montero A, Gonzáles E, Molina T. Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. Rev Chil Salud Pública. 2008; 12 (1): 42-47.
83. Reyes M. Salud sexualidad y sida, adolescencia y salud sexual. Agencia especializada de noticias, NotieSe.org.. [en línea], México, D. F, 2013 [citado 1 Feb.2013]. Disponible en: http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=216.
84. Juárez F, Palma JL, Singh S, Bankole A. Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en Mexico: Retos y oportunidades [en línea]Mexico:Guttmacher; 2010 [citado 22 Mayo 2012]. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/Adolescentes-Mexico.pdf>.
85. Costa Rica. Ministerio de Salud. Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva. Resultados. Costa Rica: Ministerio de Salud; 2010.
86. Morlchetti A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. Notas de la población [en línea]. 2005 [citado 13 Mayo 2013];34(85):194Disponible en [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/32261/lcg2346-P_4.pdf].
87. Fondo de Población para las Naciones Unidas. Educación de la sexualidad y salud sexual y reproductiva. Venezuela: Formato; 2010.
88. Antezana SJ. Depósito de documentos de la FAO. Educación en población para jóvenes rurales en América latina. [en línea].Roma:FAO;1996 [citado 9 Nov. 2012.]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/X5633S/X5633S00.htm>.
89. Kalembo W, Zgambo. Effective adolescent sexual and reproductive health education programs in Californian. Journal of Health

- Promotion. 2013; 2:32-42.
90. Akers Y, Youmans S, Lloyd SW, Coker S. *Views of young, rural african americans of the role of community social institutions' in HIV prevention. Journal of Health Care for the Poor and Underserved.* 2010 Mayo; 21(2): [aprox.3pant.]
 91. Cáceres A, Perdomo B. Necesidades de aprendizaje en salud sexual y Reproductiva en estudiantes de Enfermería: diagnóstico sobre necesidades de aprendizaje en salud sexual y reproductiva en estudiantes de enfermería. Propuesta educativa de investigacion. RevSalud Publica. Cuba: 2007 30(1)13.
 92. Hernandez Cabrera J, Perez Ramirez O. Temas sobre sexualidad que interesan a un grupo de adolescentes en el área de salud Iguará. Rev Cubana de Enfermería. 2005 Ago; 21(2):[aprox.3pant.]
 93. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Palú C. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes. Rev Cubana de Salud Pública. 2013; 39(1): [aprox.2pant.].
 94. Rodríguez Rojas , Garita Arce , Sequeira Solano , Díaz Alvarado. Sexualidad adolescente, un estudio sobre conocimientos actitudes y prácticas. Costa Rica: Programa de Atencion Integral de la Adolescencia. 1999 .
 95. Casaus M, Hurtado A, Torres. Salud sexual, reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú Washington D.C.: OPS; 2010.
 96. Méndez Arriola HR. Informe de monitoreo de salud reproductiva de las mujeres en Guatemala. Agenda Estratégica. Guatemala: Tierra Viva, Asociación de Mujeres en Solidaridad, Incide joven, Red de Mujeres, Instituto Internacional de Estudios de la Mujer; 2013.
 97. Procurador de los Derechos Humanos. Análisis de la situación de embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala 2011-2013.

- Informe temático. Guatemala: Defensoría de la Mujer; 2103.
98. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Population Council*, Porcentaje de embarazos en adolescentes de Guatemala. [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2010 [citado 5 Mayo 2012]. Disponible en: http://www.popcouncil.org/pdfs/events/2010PGY_GuatGirlsWkshop_GrupoTrabAdolescenJuventud.pdf.
 99. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe nacional de desarrollo humano 2011-2012. Guatemala: PNUD; 2012.
 100. Luarca VG, Escobar P. La niñez guatemalteca en cifras. Guatemala: Unicef; 2007.
 101. Guatemala. Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala. La situación de la mortalidad materna en Guatemala: Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala; 2013.[citado 15 Dic. 2013]; 21(1)51 Disponible en:<http://www.osarguatemala.org>.<http://www.osarguatemala.org/userfiles/INFORME%20MM%20FINAL%20PDH.pdf>
 102. Guatemala. Congreso de la República de Guatemala. Decreto 27-2003. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Guatemala: Congreso de la República de Guatemala; 2003.
 103. Guatemala. Consejo Nacional de la Juventud. Política Nacional de la Juventud 2012-2020. Ministerio de Desarrollo Social. Guatemala: Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia; 2010.
 104. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Declaración Universal de Derechos Humanos. [en línea] Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), 10 de diciembre de 1948 [citado 13 Mar. 2014]. Anexo (1- 2) 139-105 Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/ABCannexessp.pdf>

105. *Save The Children*. Infancia, convención sobre los derechos del niño programa de promoción y defensa de los derechos del niño. Convención sobre los derechos del niño. Barcelona: *Save The Children*; 2009.
106. Naciones Unidas. Asamblea General de 16 de diciembre de 1966. Pacto Internacional de los Derechos Economicos, Sociales y Culturales Humanos Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Guatemala: Naciones Unidas; 2008.
107. Jimenes MA, Aliaga L. Una mirada desde América Latina y el Caribe al objetivo de desarrollo del milenio de acceso universal a la salud reproductiva., Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población CEPAL. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2011.
108. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República de Guatemala. [en línea]. Guatemala: Congreso de la República;1985[citado 18 Mayo 2013]. Disponible en . http://www.cc.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=219&Itemid.
109. Guatemala. Secretaría de la Paz. Presidencia de la República. Los Acuerdos de Paz en Guatemala. Guatemala: Secretaría de la Paz; 1996.
110. Guatemala. Congreso de la República de Guatemala. Decreto numero 97-1996 Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar. Guatemala: Congreso de la República 1996.
111. Guatemala. Congreso de la República de Guatemala. Decreto 42-2001. Ley de Desarrollo Social. [en línea] Guatemala: Congreso de la República. [citado 10 Mar. 2013] Disponible en: <http://faolex.fao.org/docs/pdf/gua134314.pdf>.
112. Guatemala. Congreso de la República de Guatemala. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar

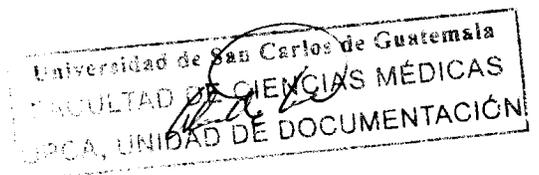
- y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Centro Nacional de Analisis y Documentacion Judicial. Guatemala: El Congreso; 2005.
113. Programa Nacional de Salud Reproductiva, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías nacionales de planificación familiar. 2 ed.. Guatemala: USAID; 2009.
 114. Guatemala. Congreso de la República de Guatemala. Decreto 12-2002. Código Municipal. Abril 2002. [en línea] Guatemala: El Congreso [citado 13 Mar. 2013] Disponible en: <http://www.unicef.org/guatemala/spanish/CodigoMunicipal.pdf>.
 115. Triola MF. Estadística. 10 ed. México: Pearson; 2009.
 116. Directorio electrónico de Guatemala. [en línea] Guatemala: deGuate.com; 2013 [citado 14 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.deguate.com/municipios/pages/guatemala/chinautla/historia.php#.VBoVEvI5OSo>.
 117. Lopéz de Ullibarri G, Fernández P. Atención Primaria en la red. [en línea]. España: Fistera.com; 2001 [citado 15 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.fistera.com/>.
 118. Olaz Capitán A. La técnica de grupo nominal como herramienta de investigación cualitativa. Madrid: Bohodon; 2010.
 119. Rodríguez Arce MA. Técnicas participativas. La Habana Cuba: Ciencias Médicas; 2008.
 120. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis; 1999.
 121. Arias Valencia MM. Triangulación metodológica, sus principios alcances y limitaciones. Investigación y Educación en Enfermería [en línea] 2000 [citado 10 Mayo 2014]; 18(1):13-26 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105218294001.pdf>
 122. Newbol P, Carlson W, Torne B. Estadística para la administración y

- la economía. 6 ed. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2008.
123. Aparisi Siurana C. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas [en línea] 2010 [citado 13 Mayo 2014]; (22): 121-157. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006#3
 124. Stepke FL. Bioética y antropología médica. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000.
 125. Guatemala. Consejo Municipal Ide Desarrollo del Municipio de Chinautla de Planificación y Programación de la Presidencia. Plan de Desarrollo de Chinautla. Guatemala: Segeplán; 2012.
 126. Guatemala. Ministerio de Educacion de Guatemala. Índice de avance educativo municipal 2002-2006. Guatemala: Mineduc; 2010.
 127. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de labores Centro de Salud Chinautla. Municipio de Chinautla: Área de Salud Noroccidente; 2009.
 128. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Problemas de salud que afectan a la población. Informe diario Sigsa de control de pacientes. Municipio de Chinautla: Puesto de Salud Santa Cruz Chinautla, Informe Sigsa de control de pacientes; 2012.
 129. Bernal L. Algunas concideraciones acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad/Experiencias en la atención primaria de salud La Habana: Facultad de Salud Pública; 1993.
 130. ONUSIDA. Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2010 [en linea] Ginebra: ONUSIDA; 2010 [citado 3 Mar. 2013] Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC1958_GlobalReport2010_full_es_1.pdf
 131. *Family Health International*. Estrategias de intervención que dan

- resultado para jóvenes. Resumen del informe de fin del programa Enfoque en Adultos Jóvenes. Arlington: *Family Health International*; 2003.
132. Costa Rica. Ministerio de Salud Pública. I Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva. Costa Rica: Ministerio de Salud Pública; 2010.
 133. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Contreras ME, Cáceres Perdomo AB. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Rev. Cub. Salud Pública*. 2012; 39(1): 161-174
 134. Castro C, Cabrero F, Fuentes R, Cunningham M, Tica A, Salazar X. Salud sexual y reproductiva y VIH de los jóvenes adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú. Washington,D.C.: OPS; 2010.
 135. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011-2012. Guatemala: PNUD.
 136. Romero J. Comunicación y educación en la sociedad de la información Barcelona: Paidós; 2000.
 137. Meave Loza S, Lucio Gómez E. Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual: una experiencia con adolescentes en escuelas públicas.*Rev. Mex. De Investigación Educativa* [en línea] 2008 Mar [citado 10 Mar 2013];13(36):203-223 Disponible en: <https://www.comie.org.mx/v1/revista/portal.php?idm=es&sec=SC03&sub=SBB&criterio=ART36008>
 138. Galdón G. Introducción a la comunicación y a la información. Barcelona: Ariel; 2001.
 139. SIGUEME NETWORK. Dinámicas para jóvenes y adolescentes, dinámicas grupales. [en línea] [S.l]: sigueme.net; 2014 [citado 14 Feb 2013] Disponible en: <http://www.sigueme.net/jovenes/juegos-y-dinamicas-para-jovenes>.

140. Costa Rica. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Estadísticas de educación de los países centroamericanos. San José, Costa Rica: SICA; 2007. (Report No: 10(2005)94).
141. Child Trends. Instituto de Ciencias para la Familia de la Universidad de Piura. Mapa mundial de la familia 2013: Los cambios en la familia y su impacto en el bienestar de la niñez. Ensayo. Perú: Universidad Piuria, Instituto de Ciencias para la Familia; 2013.
142. Alba LH. Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. [en línea] Univ. Méd. Bogotá (Colombia); 2010 [citado 23 Dic 2014] 51 (1): 29-42. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Salud%20de%20la%20adolescencia..pdf>
143. *The Free Dictionary*. [en línea] [S.l.]: es.thefreedictionary.com 2006 [citado 12 Dic 2014]. Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/secci%C3%B3n>.
144. *Population Reference Bureau*. [en línea] Washington: prb.org; 2014 [citado 23 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.prb.org/Publications/Lesson-Plans/Glossary.aspx>.
145. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Desarrollo positivo adolescente en América Latina y el Caribe. Panamá: Unidad de Desarrollo Adolescente y Equidad de Género, Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2008.
146. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Orientaciones terminológicas de Onusida. Ginebra: Onusida; 2011. (Report No.: 1).
147. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Salud reproductiva en adolescentes de Guatemala. Salud reproductiva en adolescentes de Guatemala, un análisis cualitativo y cuantitativo. Guatemala: Unicef; 2005.

148. TechTarget. *Search security*. [en línea] Atlanta: Techtargget.com; 2014 [citado 10 Ago 2014] Disponible en: <http://searchsecurity.techtargget.com/definition/adware>.



ANEXOS

Anexo 1

Criterios para validar cuestionario dirigido a estudiantes de educación básica de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (control), Guatemala, 2013

Estrategia educativa sobre salud sexual en estudiantes del Instituto de Educación Básica, comunidad de Antigua Chinautla, Guatemala, 2013

Objetivos:

General

Desarrollar una estrategia educativa sobre salud sexual para los estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla, comunidad de Antigua Chinautla, departamento de Guatemala, 2013.

Específicos

1. Identificar los conocimientos, comportamientos y percepciones en salud sexual que poseen los estudiantes, según variables sociales y demográficas.
2. Diseñar una estrategia educativa sobre salud sexual dirigida a los estudiantes seleccionados.
3. Evaluar los cambios provocados por la estrategia educativa aplicada en los estudiantes.

Instrucciones de llenado

1. A continuación responda a una serie de preguntas donde se debe asignar un valor de 1 a 3, en donde 1 no cumple, 2 cumple pero falta (colocaban la observación específica de lo que faltaba), 3 cumple con el criterio del constructo.

Criterio por evaluar	1-3	Observación
El instrumento realmente mide las variables planteadas en la operacionalización de variables,		
El instrumento da respuesta a los objetivos.		
Responde a las preguntas planteadas.		
En cuanto al contenido se demuestra que si refleja las principales dimensiones.		
La teoría indica que tales dimensiones están fuertemente vinculadas y que se unen o funden entre sí, para formar el constructo multidimensional planteado.		
Qué significan las puntuaciones del instrumento.		
El instrumento mide el constructo y sus dimensiones.		
Cómo opera el instrumento.		
Por último, si usted desea expresar alguna sugerencia sobre el cuestionario (estructura, organización, extensión, u otra) que a su juicio sea importante señalar, puede hacerlo.		

Anexo 2



CUESTIONARIO DIRIGIDO A ESTUDIANTES



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DOCTORADO DE SALUD PÚBLICA
GUATEMALA, C.A.
Área de investigación: Promoción de la Salud
Tutora: Dra. en C. Aida Rodríguez Cabrera
Investigadora: Claudia Calvillo

CÓDIGO

CUESTIONARIO DIRIGIDO A ESTUDIANTES

Estrategia educativa sobre salud sexual en estudiantes del Instituto de Educación Básica, comunidad de Antigua Chinautla, Guatemala, 2013

INFORMACIÓN: muy buen día, usted está participando en una investigación que estudia diversos aspectos sobre la salud sexual y reproductiva en adolescentes. El estudio es completamente confidencial y anónimo, nadie sabrá lo que usted diga, sus respuestas son de gran valor, pues nos ayudarán a entender más sobre qué conocen, sus comportamientos y sus percepciones en los problemas de salud sexual, también nos permitirá realizar actividades de educación y promoción de la salud sexual. Este cuestionario es autoadministrado, lo cual significa que el adolescente lo puede contestar solo.

Primera sección: Información general sociodemográfica
 Marque con una x en los cuadros donde corresponda, no escriba en los espacios en gris.

Grado al que pertenece:	1° básico		
	2° básico		
Sexo	Hombre		
	Mujer		
Edad cumplida	12 a 13 años		
	14 a 15 años		
	16 a 17 años		
	18 años		
Lugar de residencia	Cementerio. ___ Central. ___ Cerro		

	Partido. _____ Atitlancito _____ Pila seca _____ Salja _____ Naranja _____		
Persona con quien vive actualmente	Solo papá		
	Solo mamá		
	Papá y mamá		
	Abuelos		
Segunda sección: Social, cultural y económica			
Religión que practica	Católica		
	Evangélica		
	Mormón		
	Testigo de Jehová		
	Otra		
Idioma y dialecto que habla:	Español _____ poqomam _____ q'eqchi', _____ kaqchikel _____ tz'utujil _____ inglés _____		
Marque la actividades que realiza fuera del tiempo de estudios	Se reúne con las amigas o amigos		
	Asiste a algún curso		
	Otra actividad		Cuál
Trabaja	Si		
	No		
Tercera sección: Conocimientos sobre salud sexual Instrucciones: del lado izquierdo hay preguntas, marque con una X las que considere. Recuerde que puede marcar varias respuestas a la vez.			
¿A qué se le llama crecimiento del adolescente?	Cuando los órganos y el cuerpo del ser humano aumentan o crecen.		
	Cuando adquirimos nuevas habilidades motoras, sociales, afectivas de lenguaje, etc.		
	Cuando actuamos por impulsos o deseos.		
	Cuando somos personas mayores, padres o madres de familia.		
¿A qué se le llama desarrollo del adolescente?	Cuando los órganos y el cuerpo del ser humano aumentan o crecen.		
	Cuando adquirimos nuevas habilidades motoras, sociales, afectivas de lenguaje, etc.		
	Cuando actuamos por impulsos o deseos.		
	Cuando actuamos y llegamos a ser padres de familia.		

¿Una relación sexual es cuando existe?	Contacto físico entre dos personas.		
	Abrazos, masajes, caricias o besos en el cuerpo pero no en los genitales.		
	Platicar con las o los compañeros de clase o amigos (as).		
	Caricias en la zona genital.		
	Sexo oral.		
	Penetración (con o sin eyaculación dentro de la vagina).		
	Hacemos tareas de los estudios con un compañero o compañera.		
De la lista siguiente, ¿cuáles incluimos para la definición de la sexualidad?	El erotismo (la sensualidad)		
	El sexo biológico		
	La identidad de hombre y mujer (género)		
	El papel que asume un hombre o una mujer		
	Orientación sexual y la reproducción		
	Relaciones sexuales		
¿Qué enfermedades se pueden transmitir por tener relaciones sexuales?	Tuberculosis.		
	VIH/SIDA		
	Artritis		
	Moniliasis		
	Sífilis		
	Herpes		
	Diabetes		
	Gonorrea		
¿Por qué áreas del cuerpo se contagia una enfermedad de transmisión sexual?	Por la boca		
	Por las manos.		
	Por los genitales		
	Saludando con un beso en la mejilla.		
	Con un abrazo		
¿Qué puede pasar si tiene relaciones sexuales con penetración en los genitales?	Puedo tener enfermedades de Transmisión sexual		
	Puedo quedar embarazada		
	No pasa nada		
¿La forma en que una mujer quede embarazada es?	Cuando hay penetración vaginal desde la primera relación sexual.		
	Bañarse en una piscina		

	Si en una relación sexual el hombre termina afuera de los genitales.		
	Tener relaciones sexuales sin protección.		
	Lavar los genitales de la mujer inmediatamente después de la relación sexual		
	Cuando el hombre eyacula (expulsa semen) en la vagina de la mujer.		
¿Conoce algún método que pueda evitar embarazos?	Píldora		
	Condón o preservativo		
	Método del retiro		
	Inyección		
	T de cobre		
	Ritmo		
	Ovulación		
Cuarta sección: Comportamientos y percepciones sobre sexualidad Instrucciones: de lado izquierdo hay preguntas, marque con una X las que considere, recuerde que puede marcar varias respuestas a la vez.			
¿Cuáles fueron las razones para tener relaciones sexuales?	Así soy más hombre		
	Así soy más mujer		
	Mis compañeros (as) lo hacen		
	Porque lo veo por un medio de comunicación		
	Mi novio (a) me lo pide		
	Me gusta y me hace sentir bien		
¿Cuál es la edad adecuada (apropiada) para tener relaciones sexuales?	De 10 a 13 años		
	De 14 a 16 años		
	De 17 a 19 años		
	De 20 a 22 años		
	23 a 25 años		
	Otra _____		
¿Cuál método anticonceptivo ha usado en las relaciones sexuales?	Píldora		
	Condón o preservativo		
	Coito interrumpido o método del retiro		
	Inyección		
	T de cobre		
	Ligadura o la operación		
Diga si ha tenido relaciones sexuales	Si		
	No		

¿Cuál fue la edad de la primera relación sexual?	A los _____ años		
¿Cuáles son las razones por las que no ha tenido relaciones sexuales?	No he tenido oportunidad		
	No me gusta		
	Me da miedo		
	No es mi edad		
	Es pecado		
	Por temor a mis padres		
	No procede		Cuál?
¿Quién fue la persona con la que tuvo sexo la primera vez?	Mi novia/o		
	Simplemente un amigo/a		
	Un extraño/a		
	Un pariente (familiar)		
	Otra persona (por favor especifique)		
	No procede		
¿Cuál fue el motivo para tener una relación sexual?	Por amor		
	Curiosidad		
	Por vergüenza		
	Fue condicionada		
	La obligaron		
	Por que la mayoría lo hacen		
	Todos lo hacen		
¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo sexo la primera vez?	De mi edad.		
	Más joven que yo		
	Más grande que yo		
	Yo no sé		
¿Cuándo piensa tener relaciones sexuales?	Dentro de 3 meses.		
	A finales de año		
	Aproximadamente cuando me gradúe de la escuela en que estoy		
	Cuando yo esté en mis 20 años		
	Cuando me case		
	Yo no sé		
¿Qué sentimientos tuvo después que tuvo su primera relación sexual?	Se alegró de hacerlo		
	Se arrepintió de haberlo hecho		
	Se sintió avergonzado(a)		
	Se asustó de que hubiera un embarazo o de contagiarse con una enfermedad		

		No le agradó			
¿Quién es el responsable en una relación de pareja para prevenir o evitar que ocurra un embarazo?	La mujer				
	El hombre				
	Hombre y mujer				
¿Usó un condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales?	Si				
	No				
¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en lo que va de año?	Escriba el número				
¿Utiliza algún método anticonceptivo?	Si				
	No				
¿Con cuántas personas en total ha tenido relaciones sexuales?	Escriba el número				
¿El principal motivo para la selección de pareja, novio o novia es?:	Amor				
	Cualidades personales				
	Apariencia física				
	Solvencia económica				
	Otro, ¿cuál?				
¿Considera tener o haber tenido alguna infección de transmisión sexual?	Si				
	No				
Quinta sección: Valoración del adolescente sobre la influencia de la educación sexual, formal, no formal e informal.					
Instrucciones: responda a las preguntas que se le plantean en los cuadros 5.1-5.2 y 5.3. Marque con una X de acuerdo con el medio de educación de la primera columna.					
Medios de educación para educarse en sexualidad ↓	5.1. ¿Por qué medio ha <u>obtenido información</u> sobre el tema de la sexualidad? Coloque una x en los medio a su elección.	¿Qué medio <u>prefiere y le gusta</u> para saber sobre sexualidad? Coloque una x en los medio a su elección.	¿Qué medio <u>considera mejor</u> para saber sobre sexualidad? Coloque una x en los medio a su elección.		
Educación formal:					
En la escuela primaria					
Con maestros					
Con maestros o un orientador					
Con un orientador					

En el instituto			
Ninguno			
Otro:.....			
Educación no formal:			
Iglesia			
Puesto de salud			
Escuelas Abiertas			
Otro: ¿Con quién?			
Educación informal:			
Radio			
Televisión			
Revistas			
Internet			
Teléfono celular			
Algún familiar: ¿con quién?			
Amigos			
Otro medio, ¿cuál?			

Anexo 3

Consentimiento informado a padres de familia

Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Estudios de Posgrado Doctorado en Salud Pública
Consentimiento informado a: padres de familia.
Título de la investigación: Estrategia educativa sobre salud sexual en estudiantes del Instituto de Educación Básica, comunidad de Antigua Chinautla, Guatemala, 2013 Objetivo de la investigación: Desarrollar una estrategia educativa sobre salud sexual para los estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla, comunidad de Antigua Chinautla, departamento de Guatemala 2013. El estudio propone conocer el perfil de la salud sexual del adolescente a través de un cuestionario de cuatro temáticas y una actividad cualitativa de grupo nominal, que responden a los objetivos. ¿Cómo se seleccionarán a los participantes? Los estudiantes serán seleccionados a partir de su disponibilidad en el instituto, se solicitará su participación voluntaria con previa autorización de los padres y de las autoridades del instituto, La cantidad y edades de los participantes será de 156 estudiantes y las edades serán de 12 a 18 años en los diferentes niveles. Tiempo requerido: el tiempo estimado para contestar el cuestionario será 30 minutos. Riesgos y beneficios: el estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio económico, pero si el beneficio de participar en la estrategia educativa para mejorar su salud sexual. Compensación: no se dará ninguna compensación económica por participar. Confidencialidad: el proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados. Participación voluntaria: la participación es estrictamente voluntaria. Derecho de retirarse del estudio: el participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias. A quién contactar en caso de preguntas: investigadora, Claudia Regina Calvillo Paz. Tel. 57801143 y Director del Instituto de Educación Básica de Antigua Chinautla. A quién contactar sobre los derechos como participante en el estudio: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Posgrado Doctorado en Salud Pública, tel. 24851900. Si desea que su hijo participe, favor de llenar el talonario de autorización y devolverlo a la maestra del estudiante.
Nombre investigador(a)
AUTORIZACIÓN
He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha

contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo(a) _____, participe en el estudio de Claudia Regina Calvillo Paz , sobre Intervención educativa para mejorar la salud sexual de los adolescentes del Instituto Nacional de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla municipio de Chinautla, departamento de Guatemala, 20013. He recibido copia de este procedimiento.
Padre/Madre / Encargado
Fecha

Anexo 4

Consentimiento informado institucional

Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Estudios de Posgrado Doctorado en Ciencias en Salud Pública
Consentimiento informado institucional
Título de la investigación: Estrategia educativa sobre salud sexual en estudiantes del Instituto de Educación Básica, comunidad de Antigua Chinautla, Guatemala, 2013
Objetivo de la investigación: General: Desarrollar una estrategia educativa sobre salud sexual para los estudiantes del Instituto de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla, comunidad de Antigua Chinautla, departamento de Guatemala, 2013. El estudio propone conocer el perfil de la salud sexual del adolescente a través de un cuestionario con cuatro temáticas, y una actividad cualitativa de grupo nominal, que responden a los objetivos. ¿Cómo se seleccionarán a los participantes? Los estudiantes serán seleccionados a partir de su disponibilidad en el instituto, se solicitará su participación voluntaria con previa autorización de los padres y de las autoridades del instituto. La cantidad y edades de los participantes será de 156 estudiantes y las edades serán de 12 a 16 años en los diferentes niveles. Tiempo requerido: el tiempo estimado para contestar el cuestionario será 30 minutos. Riesgos y beneficios: el estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio económico, recibe el beneficio de participar en la estrategia educativa para mejorar su salud sexual. Compensación: no se dará ninguna compensación económica por participar. Confidencialidad: el proceso será estrictamente confidencial. El nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados. Participación voluntaria: la participación es estrictamente voluntaria. Derecho de retirarse del estudio: el participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias. A quién contactar en caso de preguntas: investigadora, Claudia Regina Calvillo Paz. Tel. 57801143 y Director del Instituto de Educación Básica de Antigua Chinautla. A quién contactar sobre los derechos como participante en el estudio: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Posgrado Doctorado en Salud Pública, tel. 24851900.
Nombre investigador(a) AUTORIZACIÓN
He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que los estudiantes de: _____, participe en el estudio de Claudia Regina

Calvillo Paz, sobre Intervención educativa para mejorar la salud sexual de los adolescentes del Instituto Nacional de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla municipio de Chinautla, departamento de Guatemala, 20013. He recibido copia de este procedimiento.
Director Instituto:

Anexo 5

Consentimiento informado a: adolescente

Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Estudios de Posgrado Doctorado en Ciencias en Salud Pública
Consentimiento informado a: adolescente
Título de la investigación: Estrategia educativa sobre salud sexual en estudiantes del Instituto de Educación Básica, comunidad de Antigua Chinautla, Guatemala, 2013
Objetivo de la investigación: General: Desarrollar una estrategia educativa sobre salud sexual para los estudiantes del Instituto Nacional de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla, comunidad de Antigua Chinautla, departamento de Guatemala, 2013. El estudio propone conocer el perfil de la salud sexual del adolescente a través de un cuestionario de cuatro temáticas y una actividad cualitativa de grupo nominal, que responden a los objetivos. ¿Cómo se seleccionarán a los participantes? Los estudiantes serán seleccionados a partir de su disponibilidad en el instituto, se solicitará su participación voluntaria con previa autorización de los padres y de las autoridades del instituto. La cantidad y edades de los participantes será de 156 estudiantes y las edades serán de 12 a 16 años en los diferentes niveles. Tiempo requerido: el tiempo estimado para contestar el cuestionario será 30 minutos. Riesgos y beneficios: el estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio económico, pero si el beneficio de participar en la estrategia educativa para mejorar su salud sexual. Compensación: no se dará ninguna compensación económica por participar. Confidencialidad: el proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados. Participación voluntaria: la participación es estrictamente voluntaria. Derecho de retirarse del estudio: el participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias. A quién contactar en caso de preguntas: investigadora Claudia Regina Calvillo Paz . Tel. 57801143 y Director del Instituto de Educación Básica de Antigua Chinautla. A quién contactar sobre los derechos como participante en el estudio: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Posgrado Doctorado en Salud Pública, tel. 24851900.
Si desea participar, favor de llenar el talonario de autorización y devolver a la maestra del estudiante.
Nombre investigador(a)

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que yo:

_____, participe en el estudio de Claudia Regina Calvillo Paz, sobre Intervención educativa para mejorar la salud sexual de los adolescentes del Instituto Nacional de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla municipio de Chinautla, departamento de Guatemala, 20013. He recibido copia de este procedimiento.

Adolescente firma.

Fecha

Anexo 6

Tabla 50. Criterios porque se practican las relaciones sexuales, en los estudiantes de educación básica de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (Control). Guatemala, 2013

Santa Cruz Chinautla <u>antes y después</u> de aplicar la estrategia					Básica San Antonio las Flores <u>antes y después</u> sin aplicar estrategia				
Por qué se practican las relaciones sexuales	Antes		Después		Por qué se practican las relaciones sexuales	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
Así soy más hombre (mujer)	11	8.9	5	4	Así soy más hombre	10	10.5	6	6.3
Mis compañeros lo hacen	7	5.6	7	5.6	Mis compañeros lo hacen	1	1.1	0	0
Lo veo por un medio de Comunicación	22	17.7	20	16.1	Lo veo por un medio de comunicación	11	11.6	15	15.8
Mi novio me lo pide	15	12.1	14	11.3	Mi novio me lo pide	6	6.3	10	10.5
Me gusta y me hace sentir bien	11	8.9	18	14.5	Me gusta y me hace sentir bien	16	16.8	21	22.1
No contestó	52	41.9	59	47.6	No contestó	49	51.6	43	45.3
Todas	6	4.8	1	0.8	Todas	2	2.1	0	0
Total	124	100	124	100	Total	95	100	95	100
S= 6.87					S= 1.000				

Tabla 51. Utilización de anticonceptivos, en los estudiantes de educación básica de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (Control). Guatemala, 2013

Santa Cruz Chinautla <u>antes y después</u> de aplicar la estrategia					Básica San Antonio las Flores <u>antes y después</u> sin aplicar estrategia				
	Antes		Después			Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
Coito interrumpido	5	4	3	2.4	Coito Interrumpido	5	5.3	1	1.1
Inyección	5	4	4	3.2	Inyección	5	5.3	7	7.4
Condón	7	5.6	79	63.7	Condón	51	53.7	45	47.4
T de cobre	3	2.4	5	4	T de cobre	2	2.1	2	2.1
Varios	72	58.1	13	10.5	Varios	8	8.4	3	3.2
No contestó	32	25.8	20	16.1	No contestó	24	25.3	37	38.9
Total	124	100	124	100	Total	95	100	95	100
S=0.687					S= 0.19				

Tabla 52. Sobre edad de la primera relación sexual, en los estudiantes de educación básica de los institutos Santa Cruz Chinautla (estudio) y San Antonio las Flores (Control). Guatemala, 2013

Santa Cruz Chinautla <u>antes y después de aplicar la estrategia</u>					Básica San Antonio las Flores <u>antes y después sin aplicar estrategia</u>				
	Antes		Después			Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
9 a 13	3	2.4	6	4.8	9 a 13	4	4.2	3	3.2
14 a 15	5	4	12	9.7	14 a 15	5	5.3	8	8.4
16 a 17	0	0	4	3.2	16 a 17	0	0	0	0
18 a 19	2	1.6	0	0	18 a 19	2	2.1	0	0
No contesto	114	91.9	102	82.3	No contexto	84	88.4	84	88.4
Total	124	100	124	100	Total	95	100	95	100
S=1.0					S= 1.000				

