

**EDUCACIÓN SEXUAL -
AFECTIVA PARA
ADOLESCENTES. UNA
INTERVENCIÓN SANITARIA.**

**Sexual affective education
for teenagers in a health
intervention.**

Autoras:

Inmaculada García – Miguel Sevilla.

María Garrido Leal.

Laura García - Largo Valero.



Acréditi Formación s.l.
C/Dionisio Guardiola, nº 59 C.P. 02006 Albacete
e-mail: editorial@acreditiformacion.com
www.acreditiformacion.com

El contenido de este libro
es responsabilidad exclusiva de los autores.
La editorial declina toda responsabilidad sobre el mismo.

ISBN: 978-84-17682-88-0

ÍNDICE

Resumen:	5
1. INTRODUCCIÓN	9
1.1 SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL.	9
1.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS, SOCIALES Y EMOCIONALES EN ADOLESCENCIA.	10
1.3 COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO.	13
1.4 PREVALENCIA	14
1.5 EMBARAZOS NO DESEADOS, ABORTOS E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.	18
1.6 IMPORTANCIA DE ELABORAR UNA INTERVENCIÓN SANITARIA.	20
1.8 OBJETIVOS GENERALES:	23
2. METODOLOGÍA.	24
2.1 CRITERIOS DE BÚSQUEDA:	30
2.2 RESULTADOS DE BÚSQUEDA	30
3. DESARROLLO.	30
3.1 TIPO DE PARADIGMA Y MODELO A SEGUIR.	30
3.2 EXPLICACIÓN DEL CASO Y DEL PROGRAMA: CONTEXTO DEL LUGAR DE LA INTERVENCIÓN	34
3.3 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	35
3.4 OBJETIVOS Y CONTENIDOS.	37

3.5 PROPUESTA METODOLÓGICA.....	39
3.6 EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN. ..	57
4. CONCLUSIONES.	62
5. REPERCUSIONES	64
6. BIBLIOGRAFÍA:	74
7. ANEXOS:	82

Resumen:

Los adolescentes son el grupo de población que mejor salud presenta, sin embargo, existen diferentes comportamientos que hacen que dicha salud a veces se vea comprometida. La educación para la salud tiene como finalidad mejorar y aumentar la salud de un individuo y de la comunidad e influir en sus comportamientos. Una figura clave para desarrollar educación para la salud es la enfermera.

Debido al número de infecciones de transmisión sexual, de embarazos no deseados, de abortos en adolescentes, y de conductas que ponen en peligro la salud, se ha desarrollado una intervención de educación afectivo - sexual en ámbito escolar. Para ello se han programado cuatro sesiones diferentes, en las cuales se trabajan los contenidos más importantes para alcanzar la salud sexual: conocimiento de la sexualidad, métodos preventivos en relaciones sexuales, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, tolerancia y respeto en relaciones sexuales. El

proceso educativo de la intervención está basado en el paradigma integrador, siguiendo el modelo de educación sexual denominado profesional. Las fases en las que se ha desarrollado la intervención son: análisis de necesidades, creación de objetivos y contenidos, metodología y evaluación.

Como principal conclusión destaca que se ha creado una intervención sanitaria que va más allá de la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, considerando la salud sexual de las personas en sus tres dimensiones, física, psicológica y social, fomentando conductas saludables para llevar a cabo tanto en la presente adolescencia como en la futura edad adulta.

Palabras clave: adolescentes, conductas sexuales, sexualidad, prevención, infecciones de transmisión sexual, tolerancia y respeto.

Abstract:

Teenagers are considered the population group that keeps the best health levels, however, there are different behaviors that could make their health compromised. Health education aims to improve and increase health rates of individuals and their communities and modify their behavior. Nurses are key to develop health education.

An effective sexual education intervention has been developed in high schools, due to the number of STDs, unwanted pregnancies, abortions among teenagers, and unhealthy habits. In order to accomplish this purpose, four different sessions have been programmed, in which the most important content areas were worked on to achieve better sexual health goals: better knowledge of sexuality, preventive methods in sexual relations, awareness on STDs infections and unwanted pregnancies, and tolerance and respect in sexual relationships. The educational process of the intervention is based on the integrative paradigm, following the model of sexual education so-called professional. The phases in which the intervention

has been developed are the following: needs analysis, design of goals and contents, methodology, and monitoring and evaluation.

To summarize, the health intervention here described, goes beyond of STDs and unwanted pregnancies prevention, but it considers people's sexual health in its three dimensions: physical, psychological and social, with the main purpose of encouraging healthy behaviors both in the current adolescence stage and in the future adulthood.

Key words: teenagers, sexual behavior, sexuality, prevention, Sexually Transmitted Diseases, tolerance and respect.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL.

Si escribimos la palabra “sexualidad” en internet encontramos alrededor de 71.100.000 resultados. Hoy día tenemos acceso a cualquier información sin restricciones ni limitaciones, sin embargo, el tener conocimiento sobre un tema específico no consiste solamente en poseer grandes cúmulos de información, sino en saber utilizarla, en distinguir entre lo que es veraz y no.

“La sexualidad está presente a lo largo de toda la vida del ser humano. Engloba diferentes conceptos como el sexo, identidades, roles de género, orientación sexual, placer, erotismo, intimidad y reproducción. Se expresa a través de pensamientos, creencias, valores, deseos, fantasías, actitudes, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Está muy condicionada por factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, políticos, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (1).

La salud sexual es definida como “el estado de bienestar físico, psicológico y social en relación con la sexualidad y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar.” Para lograr esta salud en las tres esferas es necesario una perspectiva positiva y respetuosa de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como poder disfrutar del sexo de forma placentera, segura, libremente, sin coacción, ni violencia ni discriminación (1).

Una educación sexual afectiva es aquella que capacita a los adolescentes para que puedan protegerse de embarazos no deseados, de infecciones de transmisión sexual (ITS), y conseguir valores de tolerancia, respeto mutuo y no violencia en las relaciones. La educación sexual afectiva influye en la realización de comportamientos sexuales más seguros, sin la necesidad de acelerar el inicio de dichos comportamientos (2).

1.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS, SOCIALES Y EMOCIONALES EN ADOLESCENCIA.

En la adolescencia, la sexualidad presenta una mayor importancia, debido a que en esta etapa

comienza la búsqueda de identidad personal y se produce el desarrollo reproductivo (3). La OMS define la adolescencia como la etapa que ocurre entre los 10 y 19 años, dividiendo esta en dos fases; temprana, de los 10 a los 14 y tardía de los 15 a los 19 (4).

Durante estos años de vida se desarrolla la pubertad, proceso biológico en el cual el niño experimenta una serie de cambios, llegando a ser al final de esta fase, una persona con el tamaño, forma y sexualidad muy parecida al adulto (5).

El inicio de la pubertad ocurre por la inhibición de la retroalimentación negativa de la GnRH (hormona liberadora de gonadotropinas), produciéndose así la liberación de las gonadotropinas hipofisarias; LH (hormona luteinizante) y FSH (hormona foliculoestimulante). La secreción de ambas tiene como consecuencia la maduración de las células germinales (óvulos y espermatozoides) y la síntesis de esteroides sexuales. Se desarrollan los caracteres sexuales primarios, produciéndose un aumento de todos los órganos sexuales primarios (ovarios, útero, pene y testículos) con la finalidad de

poder reproducirse al final de esta etapa. Aparecen los caracteres sexuales secundarios los cuales no están relacionadas directamente con la fertilidad, pero indican el desarrollo sexual: ensanchamiento de caderas en mujeres y de hombros en hombres, aumento de senos en mujeres, protrusión de laringe en el hombre, vello facial y púbico... (5, 6).

En cuanto al aspecto social, se adquieren diferentes patrones conductuales, la personalidad, la responsabilidad social e individual, crecimiento de sus relaciones sociales, el aumento del deseo, la atracción física y el interés por el sexo.

En lo referido a los cambios emocionales destaca que en esta etapa aparece un pensamiento más lógico y una mejora en la autogestión de emociones respecto a la infancia, aunque aún tienen dificultad en el control de impulsos, tomando muchas veces decisiones basadas en emociones y no en la lógica, ya que el lóbulo frontal no se desarrolla completamente hasta alcanzar los veinte años

Todos los cambios mencionados anteriormente conducen a un despertar del interés sexual y un posterior aumento de este (7).

1.3 COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO.

Los adolescentes suponen la sexta parte de la población mundial. Es el rango de edad que mejor salud presenta, sin embargo, la mortalidad y morbilidad siguen siendo importantes. La principal causa de sus problemas de salud a corto o a largo plazo proviene de conductas de riesgo que realizan este grupo de edad. Entre las más frecuentes encontramos consumo de alcohol y tabaco, violencia, ausencia de ejercicio físico y relaciones sexuales sin protección (8).

Dentro de los comportamientos sexuales incluimos penetración, sexo oral, besos, compromiso, conductas de riesgo, conductas responsables... Estos comportamientos influyen en la salud física (placer, dolor, infecciones...) salud mental (percepción de la relación, agresiones psicológicas por la orientación sexual...) y salud social (relaciones, rol social, influencia de la cultura...) (9).

Los comportamientos sexuales de riesgo (CSR) son definidos como las conductas llevadas a cabo durante el sexo que provocan un daño en la salud del individuo o en la salud de la otra persona, en cualquiera de sus tres esferas. Las diferentes causas que conllevan a un individuo a realizar dichos comportamientos son: la falta de educación sexual, englobándose dentro de esta el desconocimiento de métodos anticonceptivos o las relaciones sexuales a temprana edad; la influencia y presión de amigos o pareja, el fácil acceso a la pornografía, conflictividad dentro de la familia, ausencia de vinculación familiar, consumo de alcohol u otras drogas y baja percepción de riesgo (9, 10).

1.4 PREVALENCIA

En las últimas décadas se han producido grandes cambios respecto a los comportamientos, actitudes y nociones sobre sexualidad en los adolescentes. Esta transición ha dado lugar a la ausencia de tabúes, prohibiciones injustificadas, mejor conocimiento del cuerpo y sus reacciones, así como una mejora en las relaciones. Por otro lado,

estos cambios han traído consigo mayor número de riesgos y problemas (10).

Según el Informe Nacional de Juventud realizado en España en 2016, la edad media de inicio de relaciones sexuales se sitúa en torno a los 16 -17 años (11).

En el proyecto de la OMS, Health Behaviour in School – aged Children (HBSC) o Estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados, participan 48 países, es realizado cada cuatro años y se recogen datos de la salud de los adolescentes para así poder elaborar las herramientas necesarias para llevar a cabo la promoción de salud en esta población (12).

Si comparamos los datos obtenidos en España, encontramos que en la edición del 2002 un 26.2% de los adolescentes entre 15 y 18 años habían mantenido relaciones sexuales alguna vez en su vida y en la edición de 2014 aumenta este porcentaje hasta un 35.6%.

Respecto a la formación sobre educación sexual que reciben los alumnos encontramos que de los

centros escolares encuestados en el proyecto HBSC, (un total de 384) se recogió que el 73.4% había realizado algún programa de promoción de salud sexual en el último año, aunque no se obtienen datos de la duración y efectividad de los mismos. Además, un 84.8% de los centros educativos no habían proporcionado formación al profesorado sobre salud sexual en los tres últimos años (13).

Un estudio realizado a 3130 adolescentes en 2017 desvela que a pesar de que el 65% de mujeres habían recibido información sobre este tema, el 80% adquirió la información a través de fuentes poco fiables como internet, redes sociales o amigos (14).

La exposición de los adolescentes a la pornografía, sirve como fuente de información, lo que les hace tener creencias y valores sexuales poco realistas. Las chicas tienden a sentirse físicamente inferiores a las mujeres que visualizan, los chicos temen no actuar como los hombres que visualizan en el material pornográfico (15).

Respecto al uso de métodos anticonceptivos y profilácticos el preservativo es el método más utilizado entre jóvenes de 15 a 19 años, siendo un 85% los que lo usaron en su última relación sexual. La píldora fue usada en un 10%, pudiendo usarse sola o combinada con otro método. Un 80% de personas que no habían utilizado preservativo, tampoco utilizaron otro método. Las razones fueron variadas, destacando “no disponíamos de preservativo en ese momento”, “creía que no corría ningún peligro”, “la otra persona no quería usarlo”, “yo no quería usarlo”, “tenía un deseo incontrolado”, o “habíamos bebido o tomado demasiadas drogas” (11).

La prevalencia del uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en adolescentes españolas de 15 a 18 años es de un 30.65%, siendo un 10.80% las adolescentes que la han usado dos o más veces (16).

Estas respuestas y hechos desvelan una falsa percepción de ausencia de riesgo, falta de información, desinterés y falta de control, dando lugar a situaciones en las que puede producirse un

embarazo no deseado, una ITS, relaciones forzadas, sentimientos de decepción o arrepentimiento de las relaciones (11).

1.5 EMBARAZOS NO DESEADOS, ABORTOS E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

La mayor parte de adolescentes no planea quedarse embarazada. Una gestación a esta edad supone un mayor riesgo de salud tanto para la madre como para el feto (17).

Según los datos recogidos en el INE, encontramos que en el año 2016 en España hubo un total de 12.054 nacimientos de madres menores de 20 años, y 9.781 interrupciones voluntarias del embarazo, de las cuales 1.430 habían tenido uno o más abortos previos en el mismo grupo de edad (18).

Las infecciones de transmisión sexual son transmitidas de una persona a otra mediante contacto sexual, incluido sexo vaginal, anal y oral. Son propagadas a través de semen, o fluido vaginal. Los agentes patógenos son virus, bacterias

o parásitos. Existen más de treinta tipos de ITS, diferenciándose en curables como son la sífilis, clamidiasis, gonorrea y tricomoniasis y no curables, como hepatitis B, virus del herpes simple (HSV), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o virus del papiloma humano (VPH). Cada día en el mundo más de un millón de personas adquieren una infección de transmisión sexual. Unos 357 millones de personas al año contraen alguna de las cuatro infecciones de transmisión sexual siguientes: clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis (19).

La información de las ITS en España se obtiene mediante el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), y la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). En 2016, en España se recogieron 6.456 casos de infección gonocócica, 3.357 de sífilis y 4 de sífilis congénita (menores de dos años de edad), 7.162 casos de *Chlamydia trachomatis* y 248 casos de linfogranuloma venéreo; además de 3153 nuevos casos de VIH y 607 casos de sida (20, 21).

1.6 IMPORTANCIA DE ELABORAR UNA INTERVENCIÓN SANITARIA.

En 1974 M. Lalonde establece que la salud está condicionada por cuatro determinantes: biológico, ambiental, estilo de vida y sistema sanitario. Dos años después Dever analiza el determinante que más influye en la salud, siendo este el estilo de vida, seguido del medio ambiente, biología humana y sistema sanitario.

El estilo de vida se define como el conjunto de comportamientos presentes en un grupo, adquiridos en un proceso de socialización, condicionados por tanto a aspectos socioeconómicos y culturales.

La educación para la salud es una herramienta que pretende ayudar al individuo o a la comunidad a mejorar su salud, aumentar el conocimiento en ella e influir en los comportamientos.

Si pretendemos cambiar los estilos de vida necesitamos realizar una socialización secundaria, es decir, incluir a las personas en un mismo grupo de iguales, donde se sientan identificados por algo

común y se creará un proceso de enseñanza – aprendizaje a partir del cual aprenderán nuevos comportamientos y con ellos nuevos estilos de vida.

En el caso a trabajar haremos una socialización secundaria en el grupo de clase en el que actuaremos, para ello tendremos que buscar las características que les unen, tales como la edad, gustos comunes, la exposición a mismos riesgos...

Cuando hacemos educación para la salud tenemos que tener en cuenta los siguientes aspectos (22):

- La educación no es sinónimo de información. El objetivo no es conseguir que el grupo realice comportamientos dictados por un experto, sino desarrollar habilidades para poder tomar decisiones conscientes y autónomas.
- Durante este proceso tienen que estar presente tres elementos indispensables para que el aprendizaje se realice de forma efectiva:
 - Conocimiento: información intercambiada.

- Actitud: motivación y valores que llevan al grupo a realizar algo. Se refiere al tipo de emoción que provoca la información en las personas (rechazo, aceptación, reconocimiento, desinterés...)
- Aptitud o habilidad: capacidad del grupo para realizar algo. Consiste en la producción de un nuevo comportamiento.
- Es necesario saber que existen comportamientos ya adquiridos muy arraigados en la vida diaria, por lo que podemos encontrar grupos muy resistentes ante un cambio.

La enfermera es una figura clave para realizar una intervención sanitaria, cuya finalidad será potenciar, promover y educar sobre factores de sexualidad que afecten a los adolescentes y elevar al máximo la salud sexual del grupo, respondiendo a todas las preguntas y educando de forma efectiva, evitando así problemas tanto a corto plazo como a largo plazo, destacando ITS, embarazos no deseados

abortos, relaciones forzadas, presión de iguales, homofobia... (23).

1.8 OBJETIVOS GENERALES:

El objetivo general del trabajo es desarrollar un programa de educación afectivo- sexual llevado a cabo por enfermeras y enfocado a adolescentes, para prevenir riesgos, educar en relaciones afectivas, diversidad sexual, positivación de la sexualidad e incorporación de perspectiva de género.

Como objetivos específicos encontramos:

1.1 Definir el paradigma y modelo a seguir.

1.2 Desarrollar actividades relacionadas con el conocimiento de la sexualidad.

1.3 Desarrollar actividades relacionadas con la prevención de ITS, embarazos no deseados y métodos anticonceptivos.

1.4 Desarrollar actividades relacionadas con la tolerancia y respeto en relaciones.

1.5 Elaborar criterios de evaluación de la intervención realizada.

2. METODOLOGÍA.

El diseño del estudio propuesto es una intervención sanitaria. Para llevarla a cabo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, páginas de organismos oficiales, páginas webs científicas y en diferentes campus de la biblioteca de la Universidad de Castilla La Mancha, durante los meses de septiembre de 2018 a enero de 2019. Para la creación de las sesiones, se han tenido en cuenta las bases teóricas en las que se fundamenta este trabajo, además se han leído diferentes programas puestos en práctica.

- En cuanto a las fuentes primarias utilizadas destacan: Organización Mundial de la Salud, UNESCO, HBSC, sitios webs dependientes del Ministerio de Sanidad tales como el INE, INJUVE, Instituto Nacional de Salud Carlos III, y biblioteca en papel.
- En cuanto a fuentes secundarias de información destacan bases de datos como PubMed, Dialnet, Medline y Enferteca.

La búsqueda se realizó en diferentes partes, primero se realizó de forma general utilizando

diferentes palabras claves como: “sexualidad”, “adolescentes”, “educación sexual”, “promoción de salud”, “sexual education”, “adolescents”, “teenagers” “entre otras.

Posteriormente y una vez que se focalizaron las partes principales para llevar a cabo se realizó una búsqueda más específica, usando palabras clave como “prevalencia de ITS en España”, “prevalencia de VIH”, “estilos de vida de adolescentes”, “conductas sexuales de riesgo” , “risk sexual behavior”, “sexually transmitted diseases”.

Por último, se realizó una búsqueda de diferentes programas de educación sexual en adolescentes llevados a cabo en institutos de España. Entre ellos destacan “Ni Ogros ni Princesas” y “Educación Sexual y Mediación”, ambos del Principado de Asturias; “Talleres interactivos para adolescentes en centros educativos de secundaria” realizado por el centro de salud Juncal, en Torrejón de Ardoz y presentado en el Congreso Nacional de enfermería Familiar y Comunitaria; “Puntos de partida de la educación sexual” de la Cruz Roja.

Base de datos	Palabras de búsqueda	Resultados de artículos, capítulos de libro, o informes.	Artículos, capítulos de libro o informes leídos	Artículos, capítulos de libro, o informes seleccionados
Dialnet	(Conductas sexuales de riesgo) AND (Adolescentes)	180	10	2
PUBMED	(Sexual education) and (teenagers) and (risk sexual behavior) and (sex without protection)	32	6	2
	(Emergency contraceptive	34	5	1

	pill) and (prevalence)			
Cinhal	(Influence of pornography) AND (adolescents)	69	10	1
	(Evaluation sexuality education) OR (Evaluation sexuality training)	21	3	1
Medline Plus	Temas de salud: Embarazo en adolescentes	99	5	1
Enferteca	Pediatría y enfermería del niño. Enfermería de la mujer.	2	2	2
Biblioteca en papel	Educación, enfermería	15	10	6

	pediátrica, enfermería comunitaria y educación para la salud.			
Otras(*):				
	Palabras de búsqueda	de	Elección.	
INE e Instituto de Salud Carlos III	Prevalencia de infecciones de transmisión sexual, embarazos en menores de 20 años.		3	
OMS	Adolescencia, salud sexual, infecciones de transmisión sexual, promoción de la salud.		3	
UNESCO	Definición de educación sexual		1	
Ministerio de Sanidad, Servicios	Datos estadísticos de infecciones de transmisión sexual, embarazos en		4	

Sociales e Igualdad: INE, Instituto de Salud Carlos III, Injuve	menores de 20 años, informe nacional de juventud.	
HBSC	Hábitos de vida de los adolescentes.	2
Instituto Navarro de Salud Pública.	Manual de educación para la salud.	1

2.1 CRITERIOS DE BÚSQUEDA:

Se excluyeron artículos y documentos anteriores a 2012, aunque en algunos casos se seleccionaron anterior a este año debido a su relevancia, siendo contrastada la información con fuentes más recientes. Se aplicó el filtro de edad, excluyendo aquellos estudios aplicados a edades diferentes de 15 a 21 años. En cuanto a idiomas se seleccionaron aquellos en inglés y/o español.

2.2 RESULTADOS DE BÚSQUEDA.

Tabla 1: búsqueda bibliográfica

Fuente: Elaboración propia

(*) no se señalan resultados totales, ya que al tratarse de búsquedas específicas se han seleccionado según los datos buscados, no se ha incluido las estrategias de búsqueda para los datos que no han sido de interés.

3. DESARROLLO.

3.1 TIPO DE PARADIGMA Y MODELO A SEGUIR.

Dentro del proceso enseñanza – aprendizaje encontramos dos paradigmas, uno basado en la

pedagogía tradicional y otro basado en la pedagogía activa, interactiva o integradora. Para realizar la intervención sanitaria nos centraremos en este último.

3.1.1 Características paradigma integrador (25):

Para lograr un proceso de aprendizaje se necesita incidir en las tres áreas de la persona: área emocional, área cognitiva y área de habilidades.

Los objetivos que se pretenden lograr con el proceso de aprendizaje han de estar definidos y ser evaluables.

El contenido que se trata en educación para la salud son tanto temas biológicos, como psicosociales. Destaca que no es el educador solamente quien transmite información, sino que una parte también la aporta el educando. El educador adopta un rol de facilitación y apoyo al educando. Se crea un clima que deja de lado al juicio y control, basándose en actitudes tolerantes, de cercanía, flexibilidad, orientación...El mensaje es bidireccional y multidireccional, donde se abre paso al diálogo, la

participación... Todas las personas aprenden de todas.

Existen diversas técnicas para realizar las actividades que se llevan a cabo en el proceso enseñanza – aprendizaje, entre ellas destacan: técnicas de expresión o investigación en el aula, expositivas, análisis y de desarrollo de habilidades, utilizándose recursos didácticos (visuales, auditivos...) y realizando varias sesiones. El número de sesiones, así como su metodología y contenidos se programan previamente.

Las etapas de la programación en este paradigma y por tanto serán las que se llevarán a cabo al realizar la intervención son: análisis de las necesidades educativas, objetivos y contenidos, metodología y evaluación.

3.1.2. Modelos de educación sexual (26)

López Sánchez define cuatro modelos diferentes realizados en educación sexual: modelo de riesgos, modelo moral, modelo revolucionario y modelo profesional.

El modelo de riesgos está basado en el concepto de salud como ausencia de enfermedad. La finalidad de la educación sexual en este modelo se basa en no contraer ITS ni embarazos no deseados.

El modelo moral tiene su base en una concepción religiosa, basándose en un modelo de abstinencia en la adolescencia. Considera que las relaciones sexuales solo se dan dentro del matrimonio.

El modelo revolucionario propone una educación sexual en la escuela y el derecho a todas las personas a tener actividad sexual satisfactoria, independientemente del estado civil o social, como un condicionante necesario para tener buena salud.

El modelo profesional, también llamado biográfico, democrático o abierto, tiene su base en estudios científicos y actitudes democráticas. Su marco teórico se basa en considerar la salud de forma positiva. La salud sexual es vista en sus tres dimensiones, física, psicológica y social. Concibe la idea del derecho de recibir información y disponer de medios para que sus conductas eleven su salud

sexual. Los contenidos que trata este modelo serán la base para realizar la intervención sanitaria, entre ellos destacan: conocimiento con base científica que elimine errores sobre sexualidad y relaciones interpersonales, habilidad en la toma de decisiones, actitudes tolerantes y erectofílicas, y evitar toda forma de abuso, acoso, violación...

3.2 EXPLICACIÓN DEL CASO Y DEL PROGRAMA: CONTEXTO DEL LUGAR DE LA INTERVENCIÓN

La intervención sanitaria será realizada en el instituto Princesa Galiana, situado en el barrio de Santa Bárbara, en la periferia de Toledo. Se trata de un distrito urbano, multicultural, de clase media – baja, con 7.888 habitantes.

Las instituciones disponibles del barrio son las siguientes:

- Escuela Infantil La Cigarra y Guardería Infantil Laboral Santa Bárbara.
- Dos colegios públicos: Ángel de Alcázar y Ciudad de Aquisgrán.

- Un instituto público: Instituto Princesa Galiana.
- Un centro de salud, cuenta con 5 enfermeros, 5 médicos, 1 trabajadora social, 1 auxiliar de enfermería y 3 administrativas.
- Hospital Provincial.
- Centro cultural.
- Centro cívico.
- Instalaciones deportivas: dos polideportivos, un campo de fútbol municipal y una piscina olímpica.
- Servicios de transporte: estación de tren, paradas de autobuses y taxi.

El instituto en el cual se realizará la intervención cuenta con 3 grupos de tercero de la ESO, explicaremos en el siguiente apartado cómo será la elección del grupo de trabajo.

3.3 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Situación inicial (Anexo 1):

- *Problema principal:* Conducta sexuales de riesgo.

- *Problemas – causa:* Ausencia de intervenciones rutinarias en el instituto, influencia de pornografía, baja percepción de riesgo, consumo de alcohol y otras drogas, influencia de amigos y/o pareja, conflictividad familiar y/o ausencia de vinculación familiar.
- *Problemas consecuencia:* infecciones de transmisión sexual, relaciones sexuales forzadas, sentimiento de decepción, culpabilidad o arrepentimiento de la relación, embarazos no deseados.

Elección del grupo diana.

La intervención se realizará a estudiantes de tercer curso de secundaria, con edades comprendidas entre 15 y 16 años. El número total de participantes será 25 y 33 ya que el instituto cuenta con tres grupos diferentes, el grupo A con 25 alumnos, el grupo B con 16 alumnos y el grupo C con 17. Se trabajará por un lado con el grupo A, y por otro lado con el grupo B y C, pudiéndose realizar las sesiones en días diferentes o ser impartidas el mismo día por dos enfermeras distintas

En la mayoría de actividades se crearán grupos pequeños, para la clase A tendremos 5 grupos de 5 personas, y para la clase B y C 3 grupos de 7 personas y 2 grupos de 6 personas, con la finalidad de que se trabaje con 5 grupos en ambas clases, y así poder adaptarnos al tiempo estimado de cada actividad. Estos grupos serán creados por la enfermera antes de iniciar las sesiones.

3.4 OBJETIVOS Y CONTENIDOS.

Objetivos generales:

- Eliminar la sexualidad vista como un tema tabú
 - *Objetivos específicos:*
 - Identificar si se utiliza un lenguaje correcto.
 - Eliminar creencias erróneas acerca de la sexualidad.
 - Conocer los derechos sexuales.
 - Analizar si los derechos sexuales son respetados siempre.

- Importancia de mantener relaciones sexuales seguras.
 - *Objetivos específicos:*
 - Conocer las principales ITS, síntomas y tratamiento si existiese.
 - Identificar las consecuencias, actitudes y reflexionar sobre un posible embarazo en la adolescencia.
 - Conocer todos los métodos anticonceptivos.
- Adquirir habilidades para identificar y mantener una relación desde la tolerancia y el respeto.
 - *Objetivos específicos:*
 - Identificar casos en los que no se respeta la libre elección de una persona.
 - Identificar diferentes comportamientos en relaciones y saber actuar ante ellos.

- Actuar desde la tolerancia hacia cualquier tipo de orientación sexual.
- Desarrollar actitudes correctas al conocer a una persona, así como saber aceptar el rechazo.
- Afianzar todo el contenido aprendido en las anteriores sesiones.
 - *Objetivos específicos:*
 - Comprobar y repasar mediante el juego todo lo aprendido.
 - Identificar la idea final que se tiene acerca de la sexualidad.
 - Resolver dudas antes de cerrar la intervención.

3.5 PROPUESTA METODOLÓGICA

Cada sesión tendrá diferentes actividades encaminadas a conseguir los objetivos generales y específicos planteados. Las actividades serán

desarrolladas en un tiempo determinado, la duración estimada de cada sesión será de 90 minutos. Se utilizarán los recursos indicados y se seguirá el método o técnica correspondiente. El número total de sesiones en la intervención será de 4, con una periodicidad semanal. El lugar de realización será el aula correspondiente del grupo.

3.5.1 Sesión 1:

Objetivo general: Eliminar la sexualidad vista como un tema tabú.

Actividad 1: “Lo primero que se te ocurra.”

Objetivo específico: Identificar si se utiliza un lenguaje sexual correcto.

Desarrollo: la actividad consiste en que el grupo tiene que ir diciendo palabras relacionadas con sexualidad, dando la posibilidad a que todos participen y respetando el silencio como respuesta. Las palabras serán anotadas en una pizarra, y al terminar de escribirlas analizaremos la situación de partida.

El lenguaje refleja la realidad, a través de las palabras expresamos la idea que tenemos acerca de algo. Con esta actividad, que será la primera

toma de contacto con el grupo, lograremos conocer que idea tienen acerca de la sexualidad, que aspectos pensamos que tendrían que mejorar. Además, iniciar el programa con esta actividad supondrá romper la vergüenza y el miedo a expresarse en público, mostrando una actitud completamente receptiva al grupo, sin juzgar a nadie y respetando a toda persona que no quiera contestar, creando así un clima de confianza y tranquilidad, necesario para todas las demás sesiones. Por otra parte, también haremos ver al grupo que percepción tienen, si es esta la idea que les gustaría tener o si hay aspectos que quisieran cambiar. Esta actividad también será realizada el último día de las sesiones.

Duración: 20 minutos.

Técnica usada: investigación en el aula.

Recursos:

Materiales: pizarra, rotulador para anotar.

Humanos: enfermera que imparte la sesión.

Fuente: adaptación de una actividad propuesta en la guía Educación Sexual y Mediación (27).

Actividad 2: aclarando conceptos.

Objetivo específico: conocer conceptos nuevos acerca de sexualidad, y corregir aquellos erróneos.
Desarrollo: Se dividirá a la clase en cinco grupos. Cada grupo escribirá cinco palabras relacionadas con sexualidad en diferentes tarjetas rojas, posteriormente escribirán la definición que ellos crean en diferentes tarjetas verdes. Una vez que hayan escrito todos los grupos, se intercambiarán las tarjetas de un grupo a otro, y deberán unir la palabra con la definición correcta. Las palabras pueden ser algunas que hayan salido en la actividad anterior, o escribir nuevas. Si el grupo dice que no se le ocurre ninguna se ayudará.

Duración: 30 minutos

Técnica usada: desarrollo de habilidades.

Recursos:

Materiales: tarjetas rojas, tarjetas verdes (cartulinas recortadas), bolígrafo.

Humanos: enfermera que imparte la sesión.

Fuente: Elaboración propia.

Actividad 3: ¿Mito o verdad?

Objetivo: Eliminar creencias erróneas acerca de la sexualidad.

Desarrollo: Se dividirá la clase en cinco grupos. Se entregará una ficha a cada uno, que contendrá una serie de frases acerca de la sexualidad, se entregará también a cada grupo una tarjeta verde y otra roja. Se les dejará diez minutos para que cada grupo lea las frases y decidan si son verdaderas o falsas, posteriormente se pasará a la puesta en común, la enfermera irá diciendo cada frase en alto y cada grupo levantará la tarjeta verde si piensan que es correcta o la tarjeta roja si piensan que es incorrecta. Además, se preguntará cada vez a un grupo diferente, por qué han decidido que era verdadera o falsa, para que entre todos puedan corregir aquellas creencias erróneas que pudieran tener.

Contenido de las fichas:

1. La sexualidad comienza en la adolescencia y finaliza al llegar a la vejez.
2. Para mantener relaciones sexuales con una persona es imprescindible que ambas partes estén de acuerdo, que no existan

inseguridades ni presión por ningún miembro.

3. Hace unos años había menos personas homosexuales.

4. El género es el término utilizado para describir características de hombres y mujeres basadas en factores psicosociales, mientras que el sexo se refiere a las características determinadas biológicamente.

5. En las relaciones sexuales suele ser el hombre quien tiene que tomar la iniciativa.

6. La salud sexual consiste solamente en no tener una infección de transmisión sexual.

7. Un ejemplo de comportamiento sexual de riesgo sería chantajear a una persona para mantener relaciones sexuales con ella.

8. La primera vez que se mantienen relaciones sexuales es muy difícil que la chica pueda quedarse embarazada.

Duración: 20 minutos

Técnica usada: análisis.

Recursos:

Materiales: ficha con las frases, tarjetas rojas y tarjetas verdes.

Humanos: enfermera que imparte la sesión.

Fuente: Adaptación de una actividad de “Ni ogros ni Princesas” Guía de educación afectivo – sexual para la E.S.O. (28).

Actividad 4: Derechos sexuales.

Objetivo específico: Conocer la declaración de derechos sexuales, y analizar si son respetados o algunas veces resultan violados.

Desarrollo: Se dividirá la clase en 5 grupos, cada grupo tiene que elaborar alrededor de diez derechos que piensan que tenemos las personas acerca de la sexualidad. Cada grupo expondrá sus derechos a toda la clase, se comparará lo que ha escrito cada uno, valorándose que puntos tienen en común y que diferencias. Una vez que todos hayan mostrado sus derechos, la enfermera, enseñará la Declaración de Derechos Sexuales, y entre todos se debatirá si sabían que existía esta declaración, qué derechos no han puesto, cuáles pensarían que faltan, y un pequeño análisis sobre si creen que se

cumplen siempre estos derechos y en qué casos no.

Duración: 20 minutos.

Técnica usada: investigación en el aula

Recursos:

Materiales: papel, bolígrafo, pizarra y cañón y ordenador para la proyección de los derechos sexuales. (Anexo 2).

Humanos: enfermera que impartirá la sesión.

Fuente: Adaptación de la declaración de derechos sexuales (29).

Cierre de sesión:

Para finalizar las sesiones se mostrará una caja que llamaremos “el buzón de dudas”, donde los alumnos podrán dejar de forma anónima cualquier pregunta que no hayan querido realizar en público, el último día de las sesiones se abrirá el cajón y se responderá cada una de ellas.

3.5.2. Sesión 2:

Objetivos generales:

Importancia de mantener relaciones sexuales seguras.

Actividad 1: ¿Conoces las ITS?

Objetivo específico: Conocer las principales ITS, síntomas y tratamiento si existiese.

Desarrollo: a cada grupo se le dará un sobre cerrado, este contiene el nombre de una o dos de las siguientes ITS: Sífilis, gonorrea, clamidiasis, hepatitis B, hepatitis C, virus del herpes simple, virus de la inmunodeficiencia humana y virus del papiloma humano.

Una vez que cada grupo tenga una enfermedad asignada, en una cartulina, escribirán las vías de transmisión, los principales síntomas y si existe tratamiento o no. Para ayudar a realizar esta actividad, la enfermera dejará en una mesa tablas sobre las diferentes ITS, que podrán ir a leer, sin llevarse el papel, para después escribirlo en su cartulina. (Anexo 3). Una vez que todos los grupos hayan terminado, expondrán su ITS al resto de la clase, en un tiempo de 5 minutos cada grupo.

Duración: 40 min (15 min para crear la cartulina + 25 min de exposición)

Técnica usada: método expositivo – investigación en el aula.

Recursos:

Materiales: cartulina, tablas, rotuladores y bolígrafos

Personales: enfermera que impartirá las sesiones.

Fuente: Adaptación libro Sexualidad y Conductas de Riesgo en la Adolescencia (30).

Actividad 2: ¿Y tú qué harías?

Objetivo específico: Identificar las consecuencias, actitudes y reflexionar sobre un posible embarazo en la adolescencia.

Desarrollo: Cada grupo tiene que elaborar un caso sobre una pareja adolescente en la cual la chica ha quedado embarazada. El caso será por escrito y posteriormente se expondrá al resto de la clase. Tendrán que desarrollar un contexto inicial, edad de ambos miembros de la pareja, si han usado o no método anticonceptivo, en el caso de haberlo usado que problema podría haber ocurrido, que comunicación tendrían con sus padres...

Duración: 35 minutos (10 de elaboración del caso + 25 de exposición)

Técnica usada: método de análisis.

Recursos:

Materiales: bolígrafo y papel.

Humanos: la enfermera que impartirá las sesiones.

Fuente: libro de actas X congreso FAECAP. Salud Sexual en la comunidad. Talleres interactivos para adolescentes en centros educativos de secundaria (31).

Actividad 3: Métodos preventivos y anticonceptivos.

Objetivo específico: conocer todos los métodos preventivos y anticonceptivos.

Desarrollo: Se creará una tabla en la pizarra, en ella estarán las siguientes columnas: métodos de barrera, métodos hormonales, métodos irreversibles, métodos de urgencia, métodos no fiables y métodos falsos. Cada grupo irá diciendo un método anticonceptivo que conozca y lo escribirá en la columna correspondiente. Se realizarán tantas rondas como sean necesarias, hasta que se acaben las ideas a todos los grupos. Al finalizar, con ayuda de la enfermera se corregirán las respuestas y se aclararán posibles dudas que vayan surgiendo. (Anexo 4). Al corregir la actividad la enfermera hablará sobre que métodos previenen

las ITS y que métodos solo previenen los embarazos no deseados, así como indicaciones importantes de cada método para que sea seguro y fiable.

Duración: 15 minutos

Técnica usada: método expositivo – investigación en el aula.

Recursos:

Materiales: tiza, pizarra.

Humanos: enfermera que impartirá las sesiones.

Fuente: adaptación Libro Enfermería de la Mujer (32).

Cierre de sesión: Buzón de dudas.

3.5.3. Sesión 3:

Objetivo general: adquirir habilidades para identificar y mantener una relación desde la tolerancia y respeto.

Actividad 1: No sé qué contestar.

Objetivo específico: identificar diferentes comportamientos en relaciones y saber actuar ante ellos.

Desarrollo: Se entrega una ficha a cada grupo que contiene una conversación de WhatsApp. Cada grupo tendrá una conversación diferente y deberán analizar si los comportamientos son adecuados o no y qué aspectos cambiarían; posteriormente se hará una puesta en común, cada grupo leerá su conversación y los aspectos previamente analizados.

Duración: 30 minutos.

Técnica usada: análisis.

Recursos:

Materiales: fichas con las conversaciones de WhatsApp para analizar.

Humanos: enfermera que impartirá las sesiones.

Fuente: Adaptación de juegos creados por el Instituto de la Mujer de Andalucía (33).

Actividad 2: Respondiendo a una carta

Objetivo específico: crear tolerancia hacia distintas orientaciones sexuales.

Desarrollo: La actividad tendrá tres partes diferentes. En la primera la enfermera leerá una carta en voz alta, esta carta será de un amigo/a que

escribe a otro/a para contar que en las vacaciones se ha enamorado de otra persona y que no sabe qué hacer ante esta situación. Cada grupo tendrá que escribir una respuesta. En la segunda parte la enfermera explicará que la carta es la misma situación, pero ahora indicará que el amigo/a se ha enamorado de una persona de su mismo sexo. Cada grupo tendrá que escribir una respuesta. Se observará qué consejos escribe cada grupo, viendo si son adecuados o no. Además, se hará un comentario sobre la problemática de la homofobia, se podrá llevar noticias actualizadas sobre casos reales que hayan ocurrido hace poco, abriendo un debate y preguntando qué piensan al respecto.

Duración: 30 minutos

Técnica usada: desarrollo de habilidades.

Recursos:

Materiales: ficha con la carta.

Humanos: enfermera que impartirá las sesiones.

Fuente: adaptación de una actividad de “Ni ogros ni Princesas” Guía de educación afectivo – sexual para la ESO. Principado de Asturias (28).

Actividad 4: Rol-play.

Objetivo específico: identificar actitudes correctas tanto para conocer a alguien como para aceptar ser rechazados.

Desarrollo: Saldrán voluntariamente tres parejas diferentes, una formada por dos chicas, otra por dos chicos y otra por un chico y una chica. Tendrán que interpretar una situación en la cual un miembro de cada pareja se siente atraído por el/la otro/a. El desarrollo del contexto lo elegirán las parejas. Cada grupo observará que actitudes se toman en una situación en la cual una persona intenta tener una relación con otra, que ocurriría si fuesen rechazados/as, si utilizan palabras y actos adecuados o no.

Duración: 30 minutos

Técnica usada: desarrollo de habilidades.

Recursos:

Humanos: enfermera que impartirá las sesiones.

Fuete: adaptación de una actividad de “Ni ogros ni Princesas” Guía de educación afectivo – sexual para la ESO. Principado de Asturias (28).

Cierre de sesión: Cajón de dudas.

3.5.4 Sesión 4:

Objetivo general: Afianzar todo el contenido aprendido en las anteriores sesiones.

Actividad 1: ¿Te la sabes?

Objetivo específico: Comprobar y repasar mediante el juego todo lo aprendido.

Desarrollo: Se creará un juego, en el cual por grupos deberán responder a las preguntas que vayan mostrándose. Estas preguntas estarán escritas en tarjetas y serán creadas por la enfermera sobre todos los temas tratados en las tres sesiones. Existirán cuatro colores de tarjetas, diferenciando cada uno según cada sesión. Si el grupo contesta correctamente la pregunta, se le dará una ficha correspondiente al color de la tarjeta, si la contesta erróneamente perderá una ficha de las que ya haya conseguido. Además, se entregarán tableros diferentes a cada grupo, ganará el equipo que antes consiga completar su tablero con las fichas y colores adecuados.

Color rojo: sexualidad

Color azul: ITS, embarazos no deseados y métodos anticonceptivos y/o profilácticos.

Color verde: tolerancia y respeto.

Duración: 40 minutos

Técnica usada: desarrollo de habilidades.

Recursos:

Materiales: tarjetas de colores con las preguntas, fichas de colores, tablero.

Humanos: enfermera que impartirá las sesiones.

Fuente: Adaptación de una actividad propuesta en la guía Educación Sexual y Mediación (27).

Actividad 2: Lo primero que se te ocurra

Objetivo específico: identificar la idea final que se tiene acerca de la sexualidad.

Desarrollo: Se repetirá la actividad “lo primero que se te ocurra” realizada en la primera sesión, el objetivo será ver si ha cambiado la idea inicial que el grupo tenía acerca de la sexualidad, si el lenguaje ha sido ampliado y mejorado en las cuatro semanas que ha durado el programa.

Duración: 20 minutos

Técnica usada: investigación en el aula.

Recursos:

Materiales: pizarra, rotulador para anotar

Humanos: la enfermera que impartirá las sesiones.

Fuente: Adaptación de una actividad propuesta en la guía Educación Sexual y Mediación (27).

Actividad 3: Apertura del cajón.

Objetivo específico: Resolución de todas las dudas posibles antes de cerrar la intervención.

Desarrollo: se abrirá el buzón que contendrá preguntas anónimas que los estudiantes han realizado a lo largo de las diferentes sesiones. Cada grupo leerá una pregunta en voz alta, y se intentará responder entre los alumnos, de forma ordenada y levantando la mano. La enfermera responderá si la respuesta dada por el alumnado es incorrecta o incompleta.

Duración: 30 minutos

Técnica usada: análisis

Recursos:

Materiales: caja, papeles que contengan las preguntas que hayan escrito los alumnos.

Humanos: la enfermera que impartirá las sesiones.

Fuente: Elaboración propia.

3.6 EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

La evaluación del programa es una parte intrínseca y central de este, que tiene como finalidad conocer si todas las estrategias llevadas a cabo han tenido éxito o no. Para realizarla se recogerán tres aspectos fundamentales (34, 35).

- *Indicadores de proceso:*
Evalúan aspectos relacionados con la idoneidad de las actividades, se centra en la práctica profesional (tanto cualitativa como cuantitativa), calidad, cantidad y contenidos de las actividades programadas y realizadas, organización de los servicios, relación entre usuarios y profesionales, participación y aceptación de las medidas adoptadas.
- *Indicadores de estructura:*
Evalúa aspectos relacionados con el tiempo de duración de las sesiones, el lugar de la realización, y si los recursos humanos, materiales y financieros en cuanto a calidad, cantidad y disponibilidad han sido suficientes.
- *Indicadores de resultado.*

Evalúan si los objetivos han sido conseguidos o no, para ello se evalúan los cambios producidos en el conocimiento, actitud y comportamiento de los usuarios.

La evaluación se realizará durante la aplicación del programa (evaluación continua) y al finalizar el mismo (evaluación global). Para ello los alumnos escribirán un *diario reflexivo* en casa y un *cuestionario* que enviarán por correo electrónico a la enfermera antes de la próxima sesión, de esta manera se contemplará en qué se ha de mejorar para los siguientes encuentros con el grupo.

La enfermera también escribirá un diario reflexivo al acabar cada sesión, valorando así los aspectos que haya presentado mayor dificultad, como se ha sentido al impartir las sesiones, qué percepción tiene del grupo y qué medidas pueden ser útiles para abordar las posibles dificultades presentadas. Además, existen actividades en la última sesión que servirán para reforzar todo lo aprendido, y para evaluar si el programa ha sido o no efectivo.

Pautas del Diario reflexivo:

Se escribirá una hoja a Word, en caso de no tener ordenador en casa se dará la opción de realizarse a mano y entregarse al principio de cada sesión. Se han de recoger los aspectos más importantes que han pensado durante la realización de cada una de las sesiones. Una orientación de qué escribir pueden ser las siguientes preguntas, además podrán añadir cualquier otro dato que consideren de interés.

¿Cómo me he sentido al hablar sobre sexualidad?
¿Qué aspectos creo que he realizado mal durante un tiempo? ¿Qué es lo más importante que he aprendido hoy? ¿Creo que esta sesión ha servido de utilidad?

Cuestionario:

Contesta los siguientes enunciados, con una puntuación del 1 al 5 donde:

1: muy en desacuerdo.

2: desacuerdo.

3: poco desacuerdo

4: de acuerdo

5 muy de acuerdo

Evaluación del proceso:

- Las técnicas para realizar las actividades (debate de grupo, rol –play, análisis...) me han parecido útiles para mi aprendizaje.
- El contenido de las actividades me ha parecido novedoso y adecuado para mi aprendizaje.
- La enfermera que ha dado la sesión ha creado un clima de confianza.

Evaluación de la estructura:

- Los materiales usados han sido adecuados
- Los materiales usados han sido suficientes.
- El espacio y lugar de la sesión ha sido correcto.
- El tiempo ha sido adecuado.

Evaluación de los resultados:

Sesión 1:

Considero que la sexualidad forma parte del ser humano, por lo que no tiene que ser un tema tabú.

- He aclarado conceptos que no conocía.
- He eliminado creencias erróneas que tenía sobre sexualidad.
- He conocido la declaración de derechos sexuales.

Sesión 2:

Sé la importancia que tiene disfrutar del sexo de manera segura

- Conozco las principales ITS, síntomas y tratamientos.
- Conozco el impacto que puede causar tener un embarazo en la adolescencia.
- Conozco los diferentes métodos preventivos que existen.

Sesión 3:

Considero que he adquirido habilidades suficientes para detectar si estoy en una relación que no hay respeto, tanto por mí, como por mi pareja.

- Conozco comportamientos erróneos que pueden darse en una relación y se actuar ante ellos.
- Sé la importancia de tener respeto hacia todas las personas, independientemente de la orientación sexual que tengan.
- Identifico qué actitudes son correctas y no a la hora de conocer a una persona, así como saber aceptar si soy rechazado.

Sesión 4:

- Considero que he interiorizado de manera efectiva todo o la mayor parte del contenido impartido en las sesiones.
- Considero que he cambiado la idea que tenía acerca de la sexualidad.
- He aclarado todas las dudas que me han ido surgiendo a lo largo del taller, con ayuda de preguntas mías, de mis compañeros y explicaciones de la enfermera.

4. CONCLUSIONES.

La creación de una intervención sanitaria conlleva previamente a una comprensión del tema de salud a tratar. Después de leer y visualizar diferentes documentos sobre temas relacionados con sexualidad y programas de educación sexual se ha evitado crear una intervención que solamente se base en prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, ya que, a pesar de ser un tema importante y tratado en las sesiones, la educación sexual debe ir más allá, siendo entendida en sus tres dimensiones: física, psicológica y social. Tras elaborar diferentes

sesiones con sus respectivas actividades se ha obtenido como resultado final la creación de una intervención sanitaria afectiva sexual, así como los criterios de evaluación.

Los programas que se han tomado como referencia para realizar las sesiones, han tenido una evaluación positiva después de su aplicación, resultando la intervención para el alumnado interesante y capacitadora para aprender y corregir conocimientos erróneos.

Como metodología a la hora de crear las actividades se ha optado por elegir unas sesiones completamente participativas, mediante técnicas de juego, rol play, debate, reflexiones grupales... con el objetivo de abrir paso en cada sesión a un aprendizaje efectivo y ameno, teniendo en cuenta la información, las habilidades y las capacidades para llevarlo a cabo.

Con el desarrollo de este tipo de intervenciones podríamos educar en salud sexual durante el desarrollo del adolescente, ya que es en esta etapa

donde se adoptarán conductas que serán desarrolladas tanto ahora como en edades futuras.

5. REPERCUSIONES

5.1 REPERCUSIÓN 1

Entre los conocimientos más importantes que me ha aportado la lectura de esta investigación destaca conocer la prevalencia de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, las conductas de adolescentes, y entender las bases de cómo llevar a cabo una intervención sanitaria más allá de los modelos tradicionales, reflejando así la necesidad de crear desde enfermería sesiones de promoción de la salud sexual.

Hablar sobre sexualidad en una clase de adolescentes de 15 años puede resultar complejo e incómodo por lo que a veces se opta por ignorarla y otras por hacer charlas poco participativas.

Si tanto profesionales sanitarios como pacientes, en este caso alumnos de un instituto, consiguen ver la sexualidad desde una perspectiva positiva, todo lo relacionado con estos temas podría ser abordado con mayor facilidad, creando entornos clínicos sin prejuicios e inclusivos, aumentando así la eficacia de las posibles futuras visitas entre pacientes y profesionales

Es necesario poner en práctica una intervención sanitaria que trate más temas a parte de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, considerando así la sexualidad en sus tres dimensiones: física, psicológica y social, llevando a cabo la puesta en marcha de conductas saludables, que tengan sus repercusiones positivas tanto en la adolescencia como en futuras etapas de la vida.

Por ello crear una educación afectivo sexual desde edades tempranas no solo hará evitar problemas derivados de una falta de información y educación, sino que además servirá para poder tratar estas cuestiones de manera más natural y poder así contactar con el personal sanitario para solventar cualquier duda y problema relacionados con temas sexuales.

Desde enfermería se hacen diferentes intervenciones de promoción de la salud, sin embargo, durante mis prácticas clínicas las sesiones que se han realizado en instituto han sido menos interactivas y basándose solamente en el aprendizaje en forma de información, dejando a un lado la aptitud y la actitud, elementos clave también a la hora de aprender.

Llevar a cabo la intervención que ha sido creada podría ser posible, ya que están todas las sesiones previamente programadas, con sus objetivos para cumplir, recursos a utilizar y tiempo a emplear.

Para ello sería necesario una coordinación con el instituto más cercano del centro de salud que se trabaja, o desde las Gerencias se creasen grupos de trabajo que elaborasen una intervención educativa similar a esta, con la idea, de llevarla a cabo en todos los centros y que posteriormente se pudiese evaluar, tanto por los propios profesionales, como por los profesores y los estudiantes, para poder realizar modificaciones y cambios si fuesen necesarios

5.2 REPERCUSIÓN 2.

La sexualidad es un tema que está presente desde el nacimiento de la persona. Las etapas que definen

la transformación del niño en adulto, implican una serie de rasgos peculiares que conllevan un proceso de descubrimiento de su propia identidad, tanto psicológica como sexual, por ello en función de la edad o etapa de la vida, la sexualidad debe ser abordada de manera distinta y con un lenguaje adaptado.

Vivimos en una era en la que cualquier niño, adolescente o adulto, tiene acceso a todo tipo de información, a través de internet, televisión u otros medios. De manera que cuando el adolescente busca consejo tiende a recurrir a ellos, a los amigos o incluso a la propia experimentación antes que, al conocimiento por parte de los padres, lo cual puede crear en ocasiones falsos mitos y juicios erróneos haciendo que la sexualidad se convierta en un tema tabú.

Por estas razones, como profesional enfermero, considero que no se debe obviar o esperar a que los niños lleguen a la adolescencia para tratar esta cuestión, sino que debe ser abordada desde la niñez, a través de la implicación familiar, para que llegado el momento el adolescente no tenga dudas o miedos de hacer determinadas cuestiones en casa y para que la confianza y naturalidad permitan una adecuada preparación de la persona a sus futuras relaciones sentimentales y sexuales.

La coordinación con el sistema sanitario y educativo resulta fundamental para brindar información en la materia, así como diversos materiales adaptados a cada edad que permitan servir de apoyo para explicar los determinados aspectos de la sexualidad, especialmente en lo referente a conductas de riesgo para las infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados

en adolescentes. Una relación familiar estable junto con una comunicación efectiva son factores psicosociales esenciales para evitar dichas conductas.

Desde mi experiencia profesional, no he tenido la oportunidad de impartir intervenciones de educación para la salud en esta materia en cuestión, pero si he podido asistir a reuniones o charlas en institutos y colegios, donde una de las realidades con la que nos solemos encontrar es la preocupación principal de los adolescentes en cuanto a la prevención del embarazo, obviando la prevención de las ITS, además, vivimos en una realidad donde todavía se vislumbran resquicios de desigualdad de género y conductas estereotipadas en relación con la sexualidad. Por ello, como enfermeros y agentes de la salud debemos implicarnos en la EPS con el objetivo de incentivar

el interés y la formación de los adolescentes en materia de sexualidad, anticoncepción y prevención de ITS, no solo mediante clases magistrales o simples charlas teóricas que solo sirven para acumular información y que difícilmente llegarán a cambiar las conductas de los adolescentes, sino desarrollando actividades donde los alumnos puedan interactuar e implicarse expresando sus sentimientos, dudas y miedos. La participación de los jóvenes es el elemento clave para asegurar la eficacia de las intervenciones.

En cuanto a la comunicación por parte de los padres a los hijos en temas de salud sexual, opino que es recomendable la realización de talleres para padres en los que se proporcionen técnicas que promuevan un ambiente de cordialidad y de confianza en el seno familiar para poder abordar el

tema sin estigmas ni tabúes que impidan su comprensión.

Nuestra experiencia profesional, ha demostrado que el enfoque y la atención prestada en los centros de atención a la salud, así como educativos, se muestran todavía pautados por el modelo tradicional, normativo e instrumentalizado lo que ocasiona dificultades en el abordaje de la sexualidad. En esta perspectiva, el presente trabajo, el cual busca dar un nuevo rumbo a la atención a la salud en el ámbito de la sexualidad, podría servir a todo profesional sanitario o vinculado con esta labor para reflexionar sobre sus prácticas y poner en marcha intervenciones que permitan a los jóvenes dotarse de actitudes preventivas para que puedan vivir plenamente su sexualidad sobre las bases del respeto, igualdad, comunicación y responsabilidad, mediante la

adquisición de información y conocimientos a través de la realización de diversas actividades educativas sobre sexualidad adaptadas a su realidad.

Para concluir me gustaría recalcar el hecho de que la sexualidad es un componente inherente del ser humano en todas sus etapas vitales, de manera que una educación sexual impartida a tiempo resultaría ser un vehículo impulsor de una sexualidad responsable y saludable. Como profesionales en enfermería, tener formación en sexualidad y creer necesario informar, orientar y educar a las personas es de vital importancia para nuestra disciplina especializada en el campo de los cuidados.

6. BIBLIOGRAFÍA:

1. World Health Organization. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Ginebra: WHO; 2017
2. UNESCO. Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores. Vol I. Paris: UNESCO; 2010
3. Belda Pérez A, Vila Candel R. Estudio de conductas de riesgo en las prácticas sexuales de los adolescentes. Enferm Integr. 2015; 109: 27-32.
4. WHO. [Sede Web] Ginebra. [acceso: 17/11/2018]. Desarrollo en la adolescencia [aproximadamente 1 pantalla] Disponible en: www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
5. Kathleen Stassen Berger. La adolescencia: desarrollo biosocial. Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia. Estados Unidos, New York. Editorial médica panamericana; 2012. 432 - 443
6. Güemes M, Ceñal M.J, Hidalgo M.I. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos,

psicológicos y sociales. *Pediatr integral*. 2017; 21 (4): 233-244

7. HSS.gov [Sede Web] Rockville, Maryland, U.S.A.. [actualizada 7/02/2019; acceso 3/3/2019] Adolescent Development Explained [aproximadamente 1 pantalla] Disponible en: <https://www.hhs.gov/ash/oah/adolescent-development/explained/index.html>

8. WHO.[Sede Web]. Ginebra. [actualizada 5 de febero de 2018; acceso 24 de noviembre de 2018] Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. [aproximadamente 3 pantallas] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

9. Valisenko S, Lefkowitz E, Welsh. D. Is Sexual Behavior Healthy for Adolescents? A Conceptual Framework for Research on Adolescent Sexual Behavior and Physical, Mental and Social Helath. *New Directions for Child and Adolescent Development*. [revista en internet] 2014 [acceso 24 noviembre de 2018] (144):[3-19]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/cad.20057>

10. Toro Trallero J. El adolescente ante su cuerpo. Cuerpo, vestido y sexo. 1ª ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2013
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Nacional de Juventud. Madrid: Instituto de Juventud; 2016
12. University of Andrews, Medical and Biological Sciences Building. Health Behaviour in School – Aged Children. [Sede Web] Fife, United Kingdom: University North Haugh St Andrews. [actualizada 20/03/2018; acceso 3/12/18] Disponible en: <http://www.hbsc.org/>
13. Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Los adolescentes españoles: estilos de vida, salud, ajuste psicológico y relaciones en sus contextos de desarrollo. Resultados del estudio HBSC 2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
14. Vazquez Rodriguez C, Vazquez Nava F, Vazquez Rodriguez E, Castillo Ruiz O, Vargas Correa J, Ortega Betancourt N. Family, personal, and social factors associated with the non – use of contraceptive methods during the first sexual

experience in adolescent women. *Journal of Public Health Policy*. 2017; 39 (1): 100-110.

15. Owens E, Behun R, Manning J, Reid R. The impact of Internet Pornography on Adolescents: A review of research. *The Journal of Treatment and Prevention*. 2012; 19(2): 99-122

16. Jimenez A, Moreno C, García I, Rivera F. Prevalence of emergency contraceptive pill use among Spanish adolescent girls and their family and psychological profiles. *BMC Women's Health*. 2018 [acceso 3/12/2018]. Disponible en: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-018-0560-x>

17. Medline Plus. [sede web]*. Bethesda, United States: Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); 2017 [actualizada el 8 de noviembre de 2018/ acceso 2 de diciembre de 2018]. Embarazos en adolescentes. [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000607.htm>

18. Instituto Nacional de Estadística [Sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2016 [actualizada 14 de febrero de 2017; acceso

2/12/2018]. Nacimientos año 2016. [aproximadamente 1 pantalla] Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e301/nacim/a2016/l0/&file=01002.px&L=0>

19. WHO.[Sede Web]. Ginebra. [3 de agosto de 2016; acceso 24 de noviembre de 2018] Infecciones de transmisión sexual. [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

20. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2016 Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Sistemas autonómicos de vigilancia epidemiológica, centro nacional de epidemiología. 2017

21. Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2016. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública - Plan Nacional sobre el Sida; 2018

22. Ramos Gutierrez M. Promoción de la salud y educación para la salud. En: Santos Palmar A.M

coordinadora. Métodos educativos en Salud. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 1-19

23. García Polanco M D. Conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. Enfermería Comunitaria (SEAPA) 2014;2: (2) [30]. Disponible en:

http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Primavera%202014/RqR_Primavera2014_Condu ctasSexuales.pdf

24. Ford JV, Barnes R, Rompalo A, Hook EW. Sexual Health Training and education in the U.S. Public Health Reports. 2013; 128 (1): 96 - 101

25. Jarauta Perez MJ, Echauri Ozcoldi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martin J. Manual de Educación para la Salud. Navarra: Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública; 2006.

26. Morón Marchena J.A. Investigar e intervenir en Educación para la Salud. 1ªed. Madrid: Narcea; 2015

27. Ruiz Garcñia M, coordinadora. Educación sexual y mediación. Conseyu de la Moceda del Principau d´Asturies; 2004

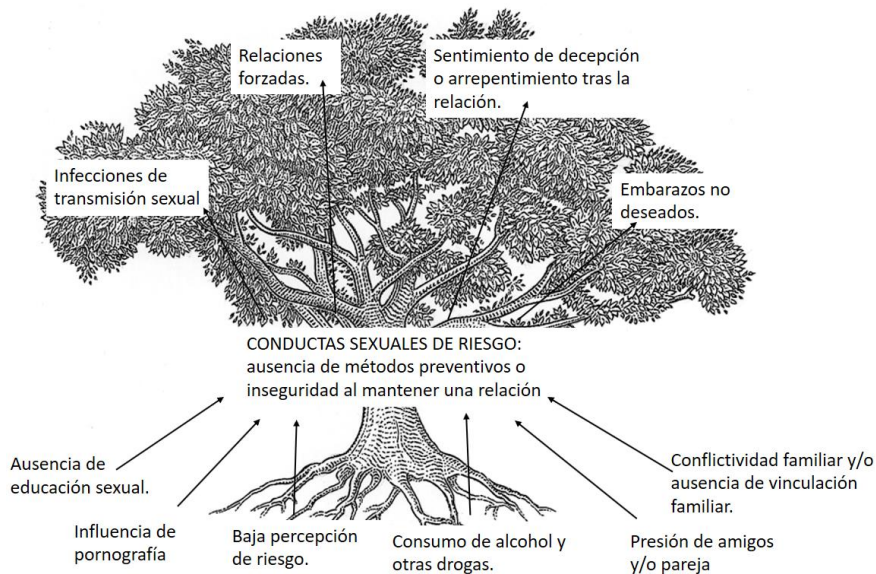
28. Lena Ordoñez A, Blanco Ortiz AG, Rubio Fernandez MD, coordinadoras. Ni ogros ni princesas. Guía para la educación afectivo – sexual en la ESO. Conserjería de Salud y Servicios Sanitarios; 2007
29. Declaración del 13.º Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España. Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999 en el XV Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.
30. Pedraza Anguera AM. Gonzalez Bodeguero MP. Sexualidad y conductas de riesgo en la adolescencia. Mompert Garcia MP. Enfermería del niño y el adolescente. 2ª ed. España; Grupo Paradigma; 2009. p. 355-357
31. X Congreso Nacional de FAECAP. Toledo 30, 31 marzo y 1 de abril 2017. Federación de asociaciones de enfermería comunitaria y atención primaria.
32. Guix Llistuella D. Asesoramiento Contraceptivo. Chueca Jurado F, coordinador. Enfermería de la mujer II. 3ªed. España; Grupo Paradigma; 2017. p. 435-480

33. Instituto Andaluz de la Mujer. [Sede Web]. Sevilla: Consejería de igualdad, políticas sociales y conciliación. [actualizada 2019, fecha de acceso 19/03/2019]. Coeducación, detectamor. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/index.php/coeducacion/app-detectamor>
34. Isla Pera P. La evaluación en educación para la salud. En: Santos Palmar A.M coordinadora. Métodos educativos en Salud. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 135-151
35. Ketting E, Friele M, Michieslen K. Evaluation of holistic sexuality education: A European expert group consensus agreement. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2015 p. 1-13

7. ANEXOS:

ANEXO 1: ÁRBOL DE PROBLEMAS

Imagen 1:



Fuente: Elaboración propia

ANEXO 2: DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES. (24)

Los Derechos Sexuales se consideran Derechos Humanos Universales. Tienen su base en la libertad, dignidad, igualdad y salud de todos los seres humanos. Fueron declarados en 1997 en el 13avo Congreso Mundial de Sexología en Valencia y aprobados por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) en el 15avo Congreso Mundial de Sexología en Hong Kong el 26 de agosto de 1999

1. Derecho a la libertad sexual: expresión plena del potencial sexual, excluyendo toda forma de coerción, explotación y abuso sexual.

2. Derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo: capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual, control y disfrute del cuerpo, libre de tortura, mutilación o cualquier tipo de violencia.

3. Derecho a la privacidad sexual: incluye el libre derecho de elección de decisiones y conductas individuales realizadas en la intimidad siempre y cuando no interfiera en los derechos sexuales de otra persona.

4. Derecho a la equidad sexual: oposición a todas las formas de discriminación

independientemente del sexo, género, orientación sexual, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

5 Derecho al placer sexual: incluyendo también al autoerotismo como fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

6 Derecho a la expresión sexual emocional: expresar la sexualidad a través de la comunicación, contacto, expresión emocional y el amor.

7 Derecho a la libre asociación sexual: contraer o no matrimonio, divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.

8 Derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables: derecho a la elección de tener hijos o no, número, espaciamiento entre ellos y derecho al acceso de los métodos de regulación de la fecundidad.

9 Derecho a información basada en el conocimiento científico: la información sexual ha de ser creada a través de investigación científica libre y ética, y difusión apropiada en todos los niveles sociales.

10. Derecho a la educación sexual integral: ha de estar presente durante todas las etapas de la vida e involucrar a todas las instituciones sociales.

11. Derecho a la atención de la salud sexual: atención para prevención y tratamiento de problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Fuente: Declaración de Derechos Sexuales.

ANEXO 3: ITS (30)

Tabla 2: Infecciones de transmisión sexual.

	Síntomas	Acerca de la enfermedad	Agente patógeno	Tratamiento
Sifilis	Úlceras indoloras en genitales, lengua o labios. Inflamación de ganglios linfáticos cercanos a la zona afectada. Erupción dérmica, en planta de pies y palmas de manos.	Cursa tres etapas: 1. Úlceras a las 4 -6 semanas de contagio. 2. Erupciones enrojecidas en cualquier parte, malestar general y febrícula.	Bacteria. Se transmite mediante relaciones sexuales, por vía congénita (durante el embarazo) o vertical (durante el parto).	Antibiótico

		3. Cuadros de enfermedad cardiaca o deterioro mental		
--	--	--	--	--

<p>Infección gonocócica</p>	<p>La bacteria puede infectar mucosas de vías genitales, recto o faringe.</p> <p>Flujo espeso, similar al pus, en uretra de hombre.</p> <p>Ardor al orinar y frecuente micción en mujer.</p> <p>Aumento moderado del flujo vaginal.</p>	<p>Mujeres puede no haber síntomas hasta las tres semanas y en hombres aparecen de 2 a 5 días después de la exposición.</p>	<p>Bacteria.</p> <p>Se transmite por sexo vaginal, oral, anal, y por vía vertical.</p>	<p>Antibiótico.</p>
<p>Clamidiasis.</p>	<p>La bacteria puede infectar: uretra del hombre, uretra y cérvix de la mujer.</p>	<p>Puede ser asintomática e inespecífica.</p>	<p>Bacteria: Clamydia Trachomatis.</p>	<p>Antibiótico.</p>

	<p>Infrecuentemente en garganta y recto.</p> <p>Flujo vaginal anormal, dolor en relaciones sexuales (disuria) en mujeres. Secreción del pene, ardor o picor en la abertura del pene. Ardor al orinar en ambos sexos.</p>	<p>Se manifiesta entre 1 y 3 semanas después del contagio.</p>	<p>Se transmite mediante sexo vaginal, anal y mediante el parto al recién nacido.</p>	
Hepatitis	<p>Hepatitis; proceso inflamatorio agudo hepático, caracterizado por la necrosis de los hepatocitos.</p>	<p>En la Hepatitis B crónicas un 10%, en la hepatitis C un 75%</p>	<p>Virus perteneciente a la familia de los Hepadnavirus.</p>	<p>No tiene tratamiento específico. Tratamiento sintomático.</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Hepatitis B: El 90% silentes, algunos síntomas son: Fatiga, astenia. Ictericia, orina oscura. Fiebre• Hepatitis C: comienzo insidioso con anorexia, molestias abdominales,		Se transmite mediante vía parenteral, sexual y vertical.	
--	---	--	---	--

	náuseas, vómitos e ictericia			
Virus del herpes simple.	Dolor y escozor en zona genital. Vesículas abiertas recurrentes en área genital, rectal, nalgas y muslos.	Los signos se presentan entre los 2 y 7 días de contacto.	Virus del herpes simple. Se transmite mediante relaciones sexuales vaginales, anales u orales.	Antivirales.
Virus del Papiloma humano	El virus infecta piel y mucosas. No siempre es sintomática. Pueden	El virus 16 y 18 son considerados de alto riesgo para el desarrollo del	Virus Papiloma Humano (VPH) Se transmite por contacto.	No existe tratamiento. Si se maligniza, puede requerir

	<p>aparecer condilomas. Causa principal de cáncer de cuello de útero.</p>	<p>cáncer, causantes de más del 70%. Se diagnostica por citología en mujeres sexualmente activas.</p>	<p>Infección sexual más frecuente.</p>	<p>tratamientos antitumorales.</p> <p>Prevención: vacuna entre los 11 -14 años.</p>
VIH	<p>Fatiga persistente. Fiebre durante semanas. Inflamación de ganglios durante meses. Diarrea crónica, cefaleas persistentes</p>	<p>Los anticuerpos pueden tardar hasta seis meses después del contacto para ser detectados.</p>	<p>Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) Puede transmitirse por sangre, semen.</p>	<p>No existen tratamientos curativos.</p>

	Tos seca, falta de aire.	Se presentan enfermedades oportunistas ya que el virus afecta al sistema inmunitario.		
--	--------------------------	---	--	--

Fuente: Enfermería del niño y el adolescente. (30)

ANEXO 4: MÉTODOS PREVENTIVOS (32)

Tabla 3: Métodos preventivos.

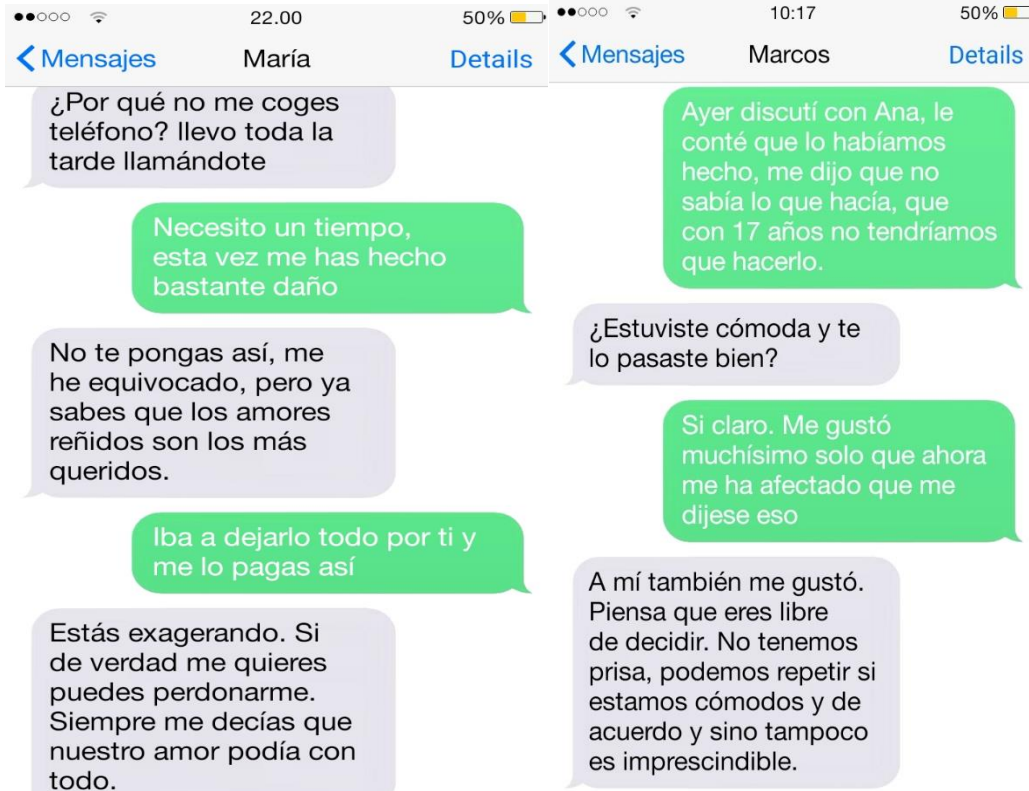
Métodos barrera	Métodos hormonales	Métodos irreversibles.	Métodos de urgencia.	Métodos no fiables.	Métodos falsos.
Preservativo masculino.	Píldora combinada.	Ligadura de trompas.	Píldora postcoital o píldora del día después.	Esponja. Espermicida.	Coitus interruptus.
Preservativo femenino.	Minipíldora. Anillo vaginal.	Esterilización tubárica.		Método Ogino – Knaus.	Lactancia y amenorrea.
Diafragma. DIU.	Implantes. Inyectables.	Vasectomía		Método Billings.	Duchas vaginales después del coito.

	Parche transdérmico			Método temperatura basal. Método combinado o sintotérmico.	Relaciones sexuales durante la menstruación.
--	---------------------	--	--	---	--

Fuente: Enfermería de la mujer (32).

ANEXO 5: Imagen 2. Fuente: elaboración propia.







¿Quedamos a las 17.00?

Mejor más tarde, que a esa hora seguirán mis compañeros de fútbol.

¿Y qué más da?

Sabes que no quiero que sepan nada.

Juan llevamos seis meses juntos, no puedes esconderte siempre, parece que te avergüenzas de mi.

No es eso, pero es que no me entenderían.

