

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**ESCUELA PSICOLOGÍA**

Trabajo Final de Graduación

bajo la modalidad de Práctica Dirigida

para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

**DESARROLLO DE UNA PROPUESTA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD  
SEXUAL CON ÉNFASIS EN VIH/SIDA CON ESTUDIANTES DE DÉCIMO AÑO  
PERTENECIENTES A COLEGIOS DE CARTAGO, PARA LA PROMOCIÓN DE  
LA RESPONSABILIDAD EN LA VIVENCIA DE SU SEXUALIDAD**

**Sustentante**

Ana Gabriela Calderón Trejos

**Comité asesor:**

Director: M.Sc. Esteban Navarro Díaz

Lectora: M.Sc. Gioconda Muñoz Hernández

Lector: M.Sc. Johnny Cartín Quesada

Asesora técnica: M.Sc. Melissa Ávila Méndez

Agosto, 2018

## Tribunal examinador



---

Lic. Ruthman Moreira Chavarría  
Presidente del Tribunal



---

Lic. Dennis Redondo Alfaro  
Profesor invitado



---

M.Sc. Esteban Navarro Díaz  
Director del TFG



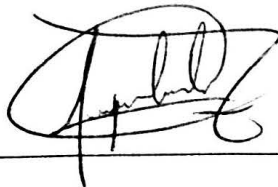
---

M.Sc. Gioconda Muñoz Hernández  
Miembro del Comité asesor del TFG



---

M.Sc. Johnny Cartín Quesada  
Miembro del Comité asesor del TFG



---

Bach. Ana Gabriela Calderón Trejos  
Sustentante

## Contenido

Resumen .....	1
Dedicatoria .....	3
Agradecimientos .....	4
Introducción .....	5
Contextualización.....	10
Institución donde se realiza la práctica .....	10
La formación en sexualidad a nivel nacional.....	12
Antecedentes.....	13
Internacionales.....	13
Regionales .....	17
Nacionales .....	20
Situación problema .....	23
Marco teórico conceptual.....	25
Sexualidad: una perspectiva integradora .....	25
Adolescencia: una etapa de descubrimiento .....	26
Salud sexual y educación: un dúo de innegable importancia.....	28
Conocimientos, actitudes y prácticas: cómo acercarse a la realidad.....	29
Triada ecológica y VIH/SIDA: una mirada multifactorial.....	30
Objetivos de la intervención.....	33
Objetivos generales.....	33
Objetivos específicos .....	33
Objetivo externo .....	33
Metodología .....	34
Diagnóstico inicial .....	34
Diseño e implementación del abordaje .....	38
Evaluación del impacto.....	40

Rol de la psicóloga, comité asesor y supervisora institucional .....	40
Consideraciones ético-legales .....	41
Relaciones jerárquicas e interdisciplinarias .....	41
Resultados .....	42
Diagnóstico inicial .....	42
Instrumento.....	43
Entrevistas y grupos focales .....	79
Metainferencias: el proceso mixto.....	113
Diseño e implementación del abordaje .....	118
Eje sexualidad integral .....	121
Eje cognitivo.....	134
Eje actitudinal .....	157
Eje pragmático.....	182
Evaluación del impacto.....	210
Componente cualitativo.....	210
Componente cuantitativo.....	213
Síntesis evaluativa .....	220
Sistematización de resultados .....	221
Conclusiones .....	223
Alcances y limitaciones.....	229
Recomendaciones.....	231
Referencias.....	236
Anexos.....	245

## Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribución según sexo por centro educativo .....	48
Gráfico 2- Centro educativo según nivel educativo del padre .....	49
Gráfico 3- Centro educativo según nivel educativo de la madre.....	49
Gráfico 4- Nivel educativo del padre según conocimiento del estudiantado .....	50
Gráfico 5- Nivel educativo de la madre según conocimiento del estudiantado .....	50
Gráfico 6- Fuentes de información sobre sexualidad.....	51
Gráfico 7- Utilidad percibida de distintas fuentes de información sobre sexualidad.....	52
Gráfico 8- ¿En alguna oportunidad ha recibido clases, cursos o charlas sobre educación sexual?... 53	
Gráfico 9- ¿Dónde ha recibido clases, cursos o charlas sobre educación sexual? .....	53
Gráfico 10- ¿Conoce sobre la existencia del VIH/SIDA?.....	53
Gráfico 11- ¿Cómo se ha enterado sobre el VIH/SIDA? .....	53
Gráfico 12- Conocimiento sobre VIH/SIDA y su prevención .....	57
Gráfico 13- Índice general de conocimiento sobre VIH y su prevención .....	58
Gráfico 14- Métodos anticonceptivos y prevención de ITS.....	59
Gráfico 15- ¿Alguna ha visto un preservativo?.....	59
Gráfico 16- ¿Sabe cómo debe utilizarse el preservativo? .....	59
Gráfico 17- ¿Sabe cómo puede conseguir usted un preservativo?.....	59
Gráfico 18- Actitud hacia conductas sexuales preventivas según centro educativo .....	64
Gráfico 19- Actitud hacia el uso del preservativo según centro educativo .....	64
Gráfico 20- Actitud hacia la persona que vive con VIH según centro educativo .....	65
Gráfico 21-¿Ha tenido relaciones sexuales? .....	66
Gráfico 22- Del total de veces... ¿con qué frecuencia ha utilizado el preservativo?.....	66
Gráfico 23- La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿utilizó condón? .....	67
Gráfico 24- Desde la primera vez, ¿con cuántas personas en total ha tenido relaciones sexuales? ..	68
Gráfico 25- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con penetración? .....	69

Gráfico 26- Contacto sexual según centro educativo .....	69
Gráfico 27- Del total de veces... ¿con qué frecuencia ha utilizado el preservativo? Según centro educativo .....	70
Gráfico 28- La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿utilizó condón? Según centro educativo	71
Gráfico 29- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con penetración? Según centro educativo .....	72
Gráfico 30- ¿Utilizó (o su pareja utilizó) un condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales? Según centro educativo .....	73
Gráfico 31- Comparación test-retest: Concepto de sexualidad .....	214
Gráfico 32- Comparación test-retest: Preservativo .....	218
Gráfico 33- Comparación test-retest: Identificación de fuentes confiable de información en internet .....	219

## Índice de Tablas

Tabla 1- Cargas para Análisis Factorial Exploratorio de la escala de actitudes.....	46
Tabla 2- Cargas para Análisis Factorial Confirmatorio de la escala de actitudes .....	46
Tabla 3- Estudiantes por centro educativo .....	47
Tabla 4- Ítems sobre conocimiento .....	55
Tabla 5- Ítems de Actitudes con respuestas contundentes .....	60
Tabla 6- Ítems de Actitudes con respuestas dispersas/heterogéneas.....	61
Tabla 7- Índices resumen por centro educativo.....	77
Tabla 8- Sesión 1; Primera parte, Introducción.....	121
Tabla 9- Sesión 1: Segunda parte, Cohesión grupal y caldeamiento .....	122
Tabla 10- Sesión 1: Tercera parte, Ejercicio principal.....	124
Tabla 11- Sesión 1: Cuarta parte, Integración de la vivencia y conclusiones .....	130
Tabla 12- Quinta parte, Cierre y encadenamiento con la próxima sesión.....	131
Tabla 13- Sesión 2: Primera parte, Introducción.....	134
Tabla 14- Sesión 2: Segunda parte, Caldeamiento.....	144
Tabla 15- Sesión 2: Tercera parte, Ejercicio principal .....	146
Tabla 16- Sesión 2: Cuarta parte, Integración de la vivencia y conclusiones .....	153
Tabla 17- Sesión 2: Quinta parte, Cierre y encadenamiento con la próxima sesión .....	154
Tabla 18- Sesión 3: Primera parte, Introducción.....	157
Tabla 19- Sesión 3: Segunda parte, Caldeamiento.....	167
Tabla 20- Sesión 3: Tercera parte, Ejercicio principal.....	168
Tabla 21- Sesión 3: Cuarta parte, Integración de la vivencia y conclusiones .....	177
Tabla 22- Sesión 3: Quinta parte, Cierre y encadenamiento con la próxima sesión .....	179
Tabla 23- Sesión 4: Primera parte, Introducción.....	182
Tabla 24- Sesión 4: Segunda parte, Caldeamiento.....	194
Tabla 25- Sesión 4: Tercera parte, Ejercicio principal.....	196

Tabla 26- Sesión 4: Cuarta parte, Integración de la vivencia y conclusiones .....	203
Tabla 27- Sesión 4: Quinta parte, Evaluación .....	207
Tabla 28- Comparación test-retest: Conocimientos .....	216
Tabla 29- Comparación test-retest: Actitudes .....	217

## Índice de ilustraciones

Ilustración 1- Desarrollo procesual de la intervención.....	37
Ilustración 2- Componentes del instrumento cuantitativo de diagnóstico.....	43
Ilustración 3- Categoría cualitativa: Formación en sexualidad .....	81
Ilustración 4- Categoría cualitativa: Conocimientos sobre VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual .....	83
Ilustración 5- Categoría cualitativa: Métodos anticonceptivos .....	85
Ilustración 6- Categoría cualitativa: Actitudes hacia el contacto sexual .....	87
Ilustración 7- Categoría cualitativa: Actitudes hacia las personas que viven con VIH.....	89
Ilustración 8- Categoría cualitativa: Actitudes hacia el preservativo .....	91
Ilustración 9- Categoría cualitativa: Actitudes hacia el embarazo, paternidad y maternidad .....	92
Ilustración 10- Categoría cualitativa: Actitudes hacia la prevención.....	94
Ilustración 11- Categoría cualitativa: Condicionantes para el contacto sexual .....	97
Ilustración 12- Categoría cualitativa: Factores y prácticas de riesgo .....	99
Ilustración 13- Categoría cualitativa: Factores y prácticas protectores .....	100
Ilustración 14- Categoría cualitativa: Vivencias y necesidades asociadas a la educación sexual ...	104
Ilustración 15- Categoría cualitativa: Programa de Educación para la Afectividad y Sexualidad Integral del Ministerio de Educación Pública .....	109
Ilustración 16- Categoría cualitativa: Necesidades/Sugerencias en el abordaje del Programa de Educación para la Afectividad y Sexualidad Integral .....	112
Ilustración 17- Temas principales asociados a inquietudes del estudiantado.....	210



## Resumen

Esta práctica dirigida consistió en una intervención educativa a modo de talleres sobre la salud sexual con énfasis en VIH/SIDA. Mediante un abordaje tripartito, se conjugaron psicología, educación y salud, siendo la psicología la base cohesiva y orientadora de este trabajo. Constó de fase diagnóstica, diseño, implementación y evaluación de impacto.

La fase diagnóstica se efectuó a partir de un enfoque mixto convergente de modelo dominante con énfasis cualitativo. Se realizaron diez grupos focales con hombres y mujeres en cinco centros educativos de secundaria, diez entrevistas semi estructuradas con docentes de orientación y de ciencias de dichos centros, así como la aplicación de un instrumento cuantitativo utilizado por el Ministerio de Educación Pública (MEP), que tuvo como fin evaluar Conocimientos, Actitudes y Prácticas asociadas al VIH/SIDA.

Para la aplicación del instrumento cuantitativo se contó con una muestra de trescientos ochenta y siete estudiantes distribuidos/as en cinco centros educativos: Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval, Liceo Elías Leiva Quirós, Liceo San Nicolás de Tolentino, Liceo Experimental Bilingüe de Cartago y Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de la información derivada del instrumento.

En la dimensión cualitativa se profundizó por medio de los grupos focales en la comprensión de vivencias en relación con la sexualidad, la educación en sexualidad, así como en los conocimientos, actitudes y prácticas asociados al VIH/SIDA. En cada institución se llevaron a cabo dos grupos focales, uno para hombres y otro para mujeres, con una participación de noventa y seis estudiantes en total. Fueron diez entrevistas semi estructuradas para todos los centros educativos: cinco con orientadoras/es y cinco con docentes de ciencias que estuvieran familiarizados/as con el Programa de Educación para la Afectividad y Sexualidad Integral (PEASI). Éstas exploraron las distintas perspectivas sobre las vivencias y la educación sexual de los/as adolescentes. El eje orientador de la aproximación cualitativa constituyó el método de teorización anclada (grounded theory), y se realizó una codificación axial de las categorías para tratar tanto entrevistas como grupos focales. La triangulación metodológica se realizó a través de la comparación de resultados en forma de metainferencias.

A partir de las necesidades y el nivel de vulnerabilidad detectados en la primera fase se seleccionaron los centros educativos con mayor prioridad para realizar la intervención: Liceo San Nicolás de Tolentino y Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz.

Para el diseño del abordaje se elaboró la estructura de varias sesiones de talleres educativos tomando como referencia la información recabada en la primera fase. Los talleres contaron con cuatro ejes, tratados en una sesión cada uno: Sexualidad integral, aspectos cognitivos, aspectos actitudinales y aspectos pragmáticos asociados al VIH/SIDA y la vivencia responsable de la sexualidad. Cada sesión se compuso de introducción, caldeamiento, ejercicio principal, integración de la vivencia y conclusiones, así como un cierre.

En la fase de implementación, los talleres constaron de cuatro sesiones de ochenta minutos cada una y participaron un total de treinta y tres estudiantes: diecinueve estudiantes en el Liceo San Nicolás de Tolentino y catorce en la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz. Fueron dieciocho mujeres y quince hombres.

La fase de evaluación de la experiencia se realizó formativamente a lo largo de todo el proceso por medio de las bitácoras por sesión, tomando en cuenta los siguientes elementos: intereses del estudiantado, clima, participación, comunicación, detección de necesidades, así como logros y aspectos a mejorar. Asimismo, antes y después de la intervención, se aplicó un pequeño cuestionario con temáticas claves. La valoración constó de veinticuatro variables y se basó en el instrumento utilizado en la primera fase de la práctica, sobre conocimientos, actitudes y prácticas asociados al VIH/SIDA. Participaron los/as treinta y tres estudiantes de ambos centros educativos con los cuales se llevó a cabo la intervención. Se observó que la intervención tuvo un impacto positivo significativo.

Finalmente, producto de este proceso se realizan recomendaciones al MEP para el abordaje de la educación sexual y los recursos didácticos sobre VIH/SIDA y la vivencia de la sexualidad en la educación formal.

Palabras clave:

Adolescencia, Sexualidad, Salud sexual, Vivencia, Educación, VIH, SIDA, Intervención.

## **Dedicatoria**

*A la familia, a aquella con la que se nace y a la que se escoge en el camino.*

## Agradecimientos

Este trabajo se llevó a cabo gracias a muchas personas, cada una de las cuales puso su grano de arena e impulso en el proceso.

Mi equipo asesor, Esteban, Gioconda, Johnny, con sus visiones agudas y diversas brindaron balance y perspectiva en cada una de las etapas.

Mi asesora técnica en el Ministerio de Educación Pública, Melissa, con su calidez me procuró herramientas, guía y me mostró el camino para la inserción en la institución.

El personal docente de los centros educativos, entre profesionales en Orientación y profesoras/es de Ciencias, me facilitaron espacio y disposición para conversar sobre su vivencia y realizar las distintas actividades que requirió el trabajo. Gracias, Rocío, Cynthia, Gabriela, Diego, Mariela, Erika, Karol, Guillermo, Paula, María Laura.

Los y las estudiantes en los centros educativos con, su honestidad y entusiasmo me permitieron ver la realidad a través de sus ojos para poder comprenderla y plasmar un poco de ella en éstas páginas. Ojalá pudiera poner todos sus nombres aquí.

Y mi familia, con su cariño incondicional y su apoyo me permitieron concluir exitosamente esta etapa formativa.

A todas estas bellas personas, gracias. Este trabajo no sería lo que es si no hubiese sido por ustedes.

## Introducción

En nuestro país, durante los últimos años la tasa de VIH (Virus de Inmunodeficiencia humana) aumentó en un 68%, con un caso nuevo cada doce horas, lo cual constituye el doble de incidencia en el 2002 (Quirós, Amador & Prada, 2018). El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en humanos) puede considerarse una de las pandemias características del siglo XX. La enfermedad causada por el virus se detectó por primera vez en la década de los ochenta cuando se empezaron a observar pacientes con enfermedades muy poco comunes y desde entonces ha matado a unos 25 millones de personas en todo el mundo (National Geographic Society [NGS], 2015).

Lo que se conoce como SIDA es la manifestación de la infección causada por el VIH. Clínicamente, es una enfermedad crónica y progresiva, que se caracteriza por una profunda inmunodepresión que trae como consecuencia la aparición sistemática y reiterada de infecciones oportunistas y la presencia de determinados tipos de cáncer (Centro de Control y Prevención de Enfermedades [CDC], 2018).

Según datos del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH (ONUSIDA, 2002), las tasas más altas de personas con este virus en la región se concentran en el Caribe y Centroamérica y afectan, fundamentalmente a las más jóvenes, pobres y marginadas, con alrededor de seis mil adolescentes que se infectan cada día. El fenómeno resulta tanto más alarmante por cuanto es en la adolescencia, con los cambios hormonales asociados a la pubertad, que generalmente se inicia la exploración de la sexualidad. Esta organización señala que según un sondeo desarrollado en sesenta países de distintos continentes, un 50 % de las personas entre quince y veinticuatro años tienen ideas equivocadas sobre las vías de transmisión del virus y se estima que la incidencia del contagio en personas jóvenes aumentará en un 70% en los próximos ocho años.

De ahí la importancia de disminuir la transmisión del virus en jóvenes y adolescentes, dada la tendencia al aumento de infección en ese grupo etario. Costa Rica no es la excepción ya que en nuestro país el grueso de los contagios ocurre durante la juventud (Ministerio de Salud [MINSAL], 2010) y la forma principal de propagación del VIH es la transmisión sexual (Viceministerio de Juventud [VJ]; Consejo Nacional de la Política Pública de la

Persona Joven [CPJ]; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]; Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2011).

Sin embargo, más allá del tratamiento de la enfermedad, la educación como herramienta de preventiva se vuelve vital, sobre todo si se toma en cuenta que en nuestro país, la formación en materia de sexualidad y su vivencia responsable dentro de los hogares es poca o nula (CPJ, 2013)

Por lo expuesto anteriormente se realizó la presente de práctica dirigida, que consistió en la intervención educativa con modalidad de talleres sobre la salud sexual con énfasis en temáticas relacionadas con VIH/SIDA. Así, mediante un abordaje tripartito, se conjugaron educación, salud y psicología, siendo esta última la base cohesiva y orientadora de este trabajo.

Particularmente para el campo de la psicología, es pertinente el desarrollo acciones en el ámbito de la salud y la prevención desde una dimensión comprensiva, con un balance adecuado según la edad y la discusión de actitudes y valores (Estrada, 2007). Siendo así, su influencia en temáticas relacionadas con la salud es notable dada su capacidad de incidir positivamente en la calidad de vida de las personas por medio de intervenciones integradoras que brinden herramientas cognitivas, actitudinales y prácticas para fomentar la vivencia de la sexualidad desde la responsabilidad.

La perspectiva psicológica da cohesión a la intervención sobre la salud sexual y trasciende el enfoque meramente fisio-biológico. De este modo, ofrece un abordaje integral de la sexualidad, donde se considera qué saben y qué practican los y las adolescentes alrededor de esta temática, así como las actitudes asociadas, ya que en sí mismas constituyen un impulso para el cambio hacia la mejora (Villarrosal, 2008).

La educación en materia de salud sexual es imperativa en aras de promover una mejor calidad de vida para la población menor de edad dentro y fuera del ámbito de la educación formal. En particular, el seguimiento sobre la situación del VIH/SIDA es vital desde el Ministerio de Educación Pública, institución en la cual se llevó a cabo la práctica, pues este funge como órgano rector de la educación pública nacional, encargado de generar planes y

políticas en beneficio de la población estudiantil. Asimismo, el MEP forma parte del Consejo Nacional de Atención Integral del VIH-SIDA, un conglomerado de instituciones que pretende la reducción de la incidencia de VIH/SIDA por medio de la prevención.

Así, la actuación del MEP es clave ya que, a partir de la Política Nacional de VIH y SIDA, tiene el mandato y la potestad, en conjunto con la sociedad civil, de ejecutar estrategias preventivas, así como el rol de coordinación con autoridades de salud para la implementación de la Política Nacional de Sexualidad (CONASIDA, 2012). En el marco del tema transversal de *Educación para la Salud* vigente en el sistema educativo costarricense, se atiende a la responsabilidad de velar por el derecho fundamental a la salud.

Teniendo esto en consideración, la elaboración del plan de educación en salud sexual fungió no solamente como intervención educativa desde la psicología, sino también como medio de enriquecimiento de la información disponible en el MEP para abordajes futuros y elaboración de recursos educativos concernientes al tema.

Dentro del MEP, el Departamento de Salud y Ambiente es la dependencia específica desde la cual se llevó a cabo este trabajo, la cual es de índole operativa y se encarga de realizar acciones para el fomento de las buenas prácticas ambientales y de la salud. Este trabajo se inscribe en esta última función ya que responde a los principios de educación en la salud como pilar de actuación dentro de la institución. Así, se estructuró de manera tal que a partir del aporte disciplinario de la psicología se abordó el contexto del fenómeno educativo formal de una población menor de edad desde una temática específica del ámbito de la salud.

Esta intervención constó de varias fases. En la fase diagnóstica inicial se realizaron diez grupos focales con hombres y mujeres en cinco centros educativos de secundaria seleccionados, diez entrevistas semi estructuradas con docentes de orientación y de ciencias de dichos centros, así como la aplicación de un instrumento cuantitativo utilizado por MEP, que tiene como fin evaluar conocimientos, actitudes y prácticas asociadas al VIH/SIDA. Esto con el fin de comprender más profundamente las vivencias, la cotidianidad, y las necesidades de la población para intervenir de manera efectiva

Posteriormente, en la fase de diseño del abordaje, y con base en la información recabada en la primera fase, se elaboran e implementan talleres formativos para dos colegios escogidos de acuerdo con las necesidades detectadas. Como parte de la etapa de evaluación del impacto se valoró la experiencia en términos cuantitativos y cualitativos. Y finalmente, producto de este proceso se realizan recomendaciones al MEP para el abordaje de la educación sexual y los recursos didácticos sobre VIH/SIDA y la vivencia de la sexualidad.

Se trabajó con estudiantes de décimo año debido a que la media nacional de inicio de contacto sexual coital se encuentra alrededor de los dieciséis años (CPJ, 2013) y es en la adolescencia tardía donde se empieza a manifestar con mayor intensidad la exploración de relaciones sexuales/afectivas (Krauskopf, 1995).

Además de los alcances propios de esta intervención, el trabajo realizado también hizo un seguimiento de exploraciones e intervenciones anteriores relacionadas con VIH/SIDA llevadas a cabo en el MEP y puso en perspectiva algunos alcances y limitaciones de la educación en sexualidad en la educación formal. De esta manera, se enriqueció la información disponible en la institución para la elaboración de propuestas y programas para la salud sexual, particularmente para la prevención del VIH/SIDA en adolescentes.

Esto se vuelve fundamental puesto que Costa Rica se enfrenta en la actualidad a una escasez de material didáctico especializado en sexualidad, así como falta de información científica sistematizada y de estrategias acertadas para neutralizar la oposición de sectores conservadores (Montero, Soto, & Valverde, 2005). Según Betancourt y Navarro (2010), el tratamiento del tema de la sexualidad en el ámbito educativo ha encontrado vicisitudes puesto que durante mucho tiempo esta se ha percibido como un tema tabú que se arraiga en modelos sociales de represión.

Asimismo, la realización de esta práctica, a nivel institucional se fortaleció el accionar del Departamento de Salud y Ambiente del MEP en uno de sus pilares que es la atención de la educación en salud. Desde el punto de vista de la persona menor de edad, se generó un impacto positivo en los/as estudiantes participantes que se evidenció en la evaluación del impacto de la intervención. A nivel organizacional, se propiciaron enlaces efectivos entre los centros educativos y el Departamento de Salud y Ambiente, lo cual resultó en mayor



acercamiento a la realidad estudiantil. Y finalmente, los aportes educativos tienen que ver con las recomendaciones derivadas del proceso, que sirven como retroalimentación para el desarrollo de abordajes nacionales que inciden en un tema trascendente como lo es la educación de la sexualidad, específicamente en el tema de VIH/SIDA

Asimismo, esta práctica implicó para la sustentante el desarrollo de nuevas capacidades y el mejoramiento de las adquiridas a lo largo de la carrera, tales como el trabajo con otras/as profesionales, entre ellas/os docentes y orientadoras/es. Permitió también el mejoramiento de destrezas para el manejo y la gestión de dinámicas de tipo organizacional en las que se insertó el quehacer de la práctica.

La práctica desarrolló herramientas y formas de intervención educativa directa con el estudiantado, y combinó, desde una perspectiva integral, técnicas que se han probado efectivas en educación sexual en el pasado. Asimismo, evidenció la participación y aportes de un/a profesional en psicología en distintos campos, siendo tan amplios los alcances de esta institución en la realidad nacional dada su función como ente rector de la educación.

Finalmente, se abrió un espacio para la reflexión conceptual de los puntos de convergencia de la psicología, la educación y la salud y permitió el fortalecimiento de habilidades en el desarrollo de modelos mixtos de diagnóstico/intervención.

## Contextualización

En este apartado se realiza un recorrido de las condiciones en las cuales se enmarcó esta práctica. En primer lugar se describe la institución en donde tuvo lugar la práctica para luego explorar el panorama global sobre la formación en sexualidad en el país, el cual constituye un tema principal en este trabajo. Posteriormente se hace un recorrido por antecedentes de intervención, investigación y políticas generales en torno al VIH/SIDA y la educación, tanto a nivel mundial como regional y nacional. Finalmente se pone en perspectiva la situación problema que da origen a la presente intervención.

## Institución donde se realiza la práctica

La práctica se insertó en el quehacer de una de las instituciones más grandes y con mayor impacto en la realidad del país: el Ministerio de Educación Pública. Dado su gran alcance y múltiples aristas de trabajo en lo que respecta a la política educativa, se presentan su visión y misión:

*Misión:* Como ente rector de todo el Sistema Educativo, al Ministerio de Educación Pública le corresponde promover el desarrollo y consolidación de un sistema educativo de excelencia, que permita el acceso de toda la población a una educación de calidad, centrada en el desarrollo integral de las personas y en la promoción de una sociedad costarricense integrada por las oportunidades y la equidad social (MEP, 2014).

*Visión:* Un Ministerio de Educación Pública renovado y moderno, al servicio de los estudiantes y sus familias, de los docentes, de los directores de centros educativos y en general, de las comunidades. Un Ministerio caracterizado por una gestión administrativa eficiente, oportuna y transparente, que promueve el desarrollo integral del ser humano y las capacidades humanas necesarias para vivir e integrarnos en una sociedad global, con base en el ingenio, el conocimiento y las destrezas. Un Ministerio que contribuya a descubrirnos, entendernos, expresarnos y reconstruirnos como ciudadanos del mundo, capaces de guiarse en la búsqueda permanente y crítica de lo que es justo (MEP, 2014).

En cuanto a los propósitos y metas del Ministerio de Educación Pública, estos se centran en convertir la educación en el eje del desarrollo sostenible (MEP, 2014):

1. Cerrar las brechas existentes entre la calidad de la educación que reciben los estudiantes de las áreas urbanas y rurales, y eliminar la diferenciación entre las instituciones educativas de las áreas urbanas marginales y no marginales.
2. Formar recursos humanos que eleven la competitividad del país, necesaria para triunfar en los mercados internacionales.
3. Fortalecer valores fundamentales que se han ido perdiendo con el pasar del tiempo.
4. Fortalecer la educación técnica y científica, a la par de la deportiva y la cultura; como forma de estimular el desarrollo integral de los estudiantes.
5. Hacer conciencia en los individuos, acerca del compromiso que tienen con las futuras generaciones, procurando un desarrollo sostenible económico y social, en armonía con la naturaleza y el entorno en general.

Dentro del MEP, la práctica se llevó a cabo en el Departamento de Salud y Ambiente, adscrito a la Dirección de Vida Estudiantil (DVE) (ver organigrama institucional en el Anexo 1), donde se ejecutó la logística y conexión con los distintos centros educativos en todas las fases del proceso.

Este Departamento tiene a su cargo el desarrollo de la Educación Ambiental y el Desarrollo Sostenible, la promoción de prácticas de vida saludables, el favorecimiento de la participación social y comunitaria, así como la educación integral de la sexualidad. La práctica se enmarca en esta última línea de acción. A partir de las directrices emitidas por el Departamento, se posibilitó la coordinación de los espacios necesarios para llevar a cabo el proceso en los centros educativos.

## La formación en sexualidad a nivel nacional

Con el propósito de brindar un contexto a la situación actual sobre la educación sexual en la adolescencia y el VIH/SIDA, se expondrán algunos datos extraídos de la Segunda Encuesta Nacional de Juventudes (CPJ, 2013).

Dentro de la población joven que ha recibido información sobre infecciones de transmisión sexual, VIH o SIDA, el 13,6% oscila entre los quince y diecisiete años, grupo que constituye el menor porcentaje de población joven que ha estado en contacto con dicha información (CPJ, 2013).

La temática del VIH/SIDA es la que recibe mayor de atención pues se encabeza la lista de los tipos de información recibida sobre sexualidad por la población joven, seguida de métodos anticonceptivos y funcionamiento de los órganos reproductivos (CPJ, 2013).

Asimismo, los centros educativos constituyen uno de los lugares donde más se ha informado sobre sexualidad. Específicamente para el grupo de edad entre los quince y diecisiete años, un 13,6% indica haber recibido información en el centro educativo. Esto sobre un total de 69,4% de población joven que adquirió información en centros educativos (CPJ, 2013).

En cuanto al uso del preservativo, el 18,5% de los hombres afirma que lo utilizan toda vez que han mantenido coito en el último año, sin embargo a este porcentaje le sigue un 16% que indica no utilizarlo nunca (CPJ, 2013). Para el caso de las mujeres, se trata de un 28,5% que indica no utilizarlo nunca, seguido de un 10,8% que lo usan en todas las ocasiones (CPJ, 2013). Sin duda constituyen números alarmantes, siendo el preservativo uno de los métodos más eficaces para la prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA.

Como se observa, en el caso del uso del preservativo, la información es preocupante puesto que su uso sostenido en población joven es bajo a pesar de ser una de las formas más efectivas de protección. Por su parte, la temática de VIH/SIDA y educación sexual es abordada mayormente en el ámbito educativo, aunque se desconocen sus características en cuanto a calidad y efectividad.

## Antecedentes

A continuación se exploran diferentes políticas, intervenciones o investigaciones que se han realizado alrededor del VIH/SIDA, con particular énfasis en acercamientos educativos de prevención de la transmisión o promoción de la sexualidad responsable. En primer lugar se toman en consideración los antecedentes internacionales, para luego pasar a los regionales y terminar con el contexto costarricense.

## Internacionales

A nivel internacional es común encontrar trabajos realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en los cuales se desarrollan lineamientos y políticas internacionales dirigidas a gobiernos y tomadores de decisiones acerca del VIH/SIDA y consideraciones sobre la coordinación interinstitucional a nivel regional y nacional para combatir la pandemia.

Existe, además, una segunda categoría de documentos elaborados por las mismas organizaciones que están orientados a la sistematización de experiencias exitosas en distintas partes del orbe, las cuales pueden servir como guías para que los gobiernos tomen decisiones basadas en evidencias y experiencias exitosas.

A nivel mundial la situación de salud asociada a las infecciones de transmisión sexual (ITS) es considerada tan crítica que la OMS elaboró la *Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006–2015* (2007). Ésta se enfoca en los principios de prevención y asistencia de las ITS para ayudar a las autoridades de los Ministerios de Salud en su abordaje. ONUSIDA y la OMS recomiendan que todos los países mantengan un programa de prevención y asistencia de ITS, y que los servicios que forman parte del programa se presten en el marco del debido respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas que padecen ITS.

En un análisis de antecedentes a nivel internacional y regional (Von Sneidern, Quijano, Paredes, & Obando, 2016), se logró determinar que el tema de las ITS es un problema de

salud pública. Por ejemplo, la OMS reporta que la mitad de los casos nuevos se dan en población adolescente y adultos/as jóvenes y según la OPS, en Latinoamérica y el Caribe, cada año 15% de los adolescentes entre los quince y diecinueve años adquieren una ITS. Para el año 2015 ocurrieron en el mundo cuatrocientos cuarenta y ocho millones de casos nuevos de las cuatro ITS más frecuentes diferentes al VIH, y la región de las Américas ocupó el segundo lugar en prevalencia después de la región africana.

Las autoras señalan que las infecciones de transmisión sexual afectan especialmente a la población adolescente dada su vulnerabilidad biológica y psicológica. Enfatizan que la educación y consejería son las principales estrategias para prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual. Asimismo, determinan que el mecanismo más efectivo para lograr esto son los programas educativos estructurados con la intención de cambiar actitudes y prácticas de riesgo, retrasar el inicio de la actividad sexual, disminuir el número de parejas y promover el uso consistente de métodos de barrera, así como la reducción de otras conductas de riesgo y realización de tamizaje para detección y tratamiento tempranos (Von Sneidern, Quijano, Paredes, & Obando, 2016).

Específicamente en cuanto a estrategias de intervención educativa en temas relacionados con VIH/SIDA el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), mediante la Delegación dedicada al VIH/SIDA elaboró un documento denominado “*Breves Guías Globales Panorama general de intervenciones relacionadas con el VIH para jóvenes*” (2008). El documento consiste de una serie de siete guías básicas desarrolladas por un Equipo de trabajo interinstitucional (ETI) para acciones específicas que respondan efectivamente al VIH entre las personas jóvenes.

El objetivo de estas Guías es ayudar a los entes tomadores de decisiones a comprender lo que se necesita implementar, basándose en las últimas evidencias sobre intervenciones eficaces. En este sentido, se toman en cuenta cuatro áreas principales de intervención:

- Información para adquirir conocimientos
- Oportunidades para desarrollar habilidades para la vida
- Creación de un entorno seguro y de apoyo
- Servicios de salud adecuados para jóvenes

Con relación a los conocimientos, es necesaria información sobre cómo protegerse y formas de transmisión del VIH y otras ITS, mitos, información sobre salud sexual y métodos anticonceptivos, sitios para obtener servicios de salud sexual y reproductiva, entre otros. Esta debe ser oportuna, apropiada a la edad y al género y relevante al contexto sociocultural de las personas, sus familias y sus comunidades (FPNU, 2008). Entre los canales para suministrar esta información se encuentran padres, maestros, pares, lugares de trabajo y centros laborales, proveedores de servicios de salud y los medios de difusión (FPNU, 2008).

Sin embargo, las intervenciones basadas únicamente en información resultan insuficientes para cambiar las actitudes y comportamientos, por lo cual se requiere el desarrollo de habilidades para la vida (FPNU, 2008). Éstas han demostrado ser eficaces en el retraso del inicio de la vida sexual y, entre jóvenes sexualmente experimentados, en el aumento del uso del preservativo y la reducción del número de parejas sexuales. Entre estas destrezas destacan: formas para negarse o posponer el contacto sexual, utilizar el preservativo y proponer su uso correcta y sistemáticamente, comunicarse con padres y otras personas adultas sobre sexualidad y prácticas responsables y conocer maneras de evitar lugares y situaciones que los/as expongan a comportamientos de riesgo (FPNU, 2008).

Con respecto a la creación de entornos seguros y de apoyo, esto se refiere al empoderamiento individual de los y las jóvenes, de manera que no se discrimine a quienes viven con el VIH o quienes se involucren en comportamientos sexuales de riesgo como el consumo de drogas inyectadas, hombres que tienen sexo con hombres, y personas trabajadoras sexuales. Estos son grupos que con frecuencia mencionan el estigma ya la discriminación como las barreras más importantes para obtener servicios de salud (FPNU, 2008).

Los entornos sociales se pueden dividir en tres niveles: aquellos que están cerca de los/as jóvenes, la comunidad y el entorno más amplio que es el de los medios de comunicación, normas y políticas sociales (FPNU, 2008). Siendo así, la promoción de contextos seguros debe hacerse en todos los niveles para maximizar su influencia positiva.

Además de los tres factores indicados, son necesarios los servicios de salud, los servicios legales, las oportunidades de empleo y generación de ingresos, formas de asociación y participación, empleo y servicios recreativos, de modo que se reduzca la vulnerabilidad al VIH (FPNU, 2008).

Igualmente, como parte del Equipo de Trabajo Interinstitucional de ONUSIDA en el ámbito educativo se presenta una visión estratégica del papel que la educación debe desempeñar en la respuesta al VIH (2009). En él se definen las prioridades de la respuesta al VIH/SIDA. Entre ellas destaca la importancia de partir de una evaluación empírica de los comportamientos de riesgo y lagunas de conocimiento, comenzar a edades tempranas (antes del inicio de la actividad sexual y de que muchos/as abandonen el sistema educativo) y según una secuencia lógica a medida que crezcan de acuerdo con el contexto cultural y las características personales como la orientación o la experiencia sexual.

Asimismo, la incorporación de contenidos en asignaturas obligatorias, centrarse en comportamientos concretos y ejemplos de prácticas de protección y reducción de riesgo, disponer de tiempo y recursos suficientes, dar seguimiento constante, y utilizar un lenguaje accesible, respetuoso, franco y científico (ONUSIDA, 2009).

También es notable la importancia de aplicar modelos participativos e interactivos y capacitar a las personas en habilidades de negociación y toma de decisiones. Los y las docentes también necesitan recibir una formación adecuada tanto antes como en el empleo, así como apoyo y reconocimiento institucionales para la detección de riesgos y la derivación oportuna a otras instancias. Igualmente importante es la participación de padres y comunidad para consolidar logros y disminuir resistencias, así como estrategias complementarias para disminuir la vulnerabilidad (actividades deportivas, lucha contra el acoso escolar, entre otros) (ONUSIDA, 2009).

Actualmente se ha demostrado que la educación ejerce una importante función en la protección contra el VIH pues los/as niños/as y jóvenes escolarizados tienen menos probabilidades de contraer la infección que aquellos/as que no asisten a la escuela, aunque en el plan de estudios no se trate la cuestión del VIH y el SIDA (ONUSIDA, 2009).



## Regionales

A nivel regional se observan trabajos y publicaciones en dos categorías. Por un lado sistematizaciones de experiencias nacionales o regionales que hacen un recuento de los adelantos en temas de legislación y educación. En un segundo grupo están los estudios que se refieren a experiencias educativas con jóvenes. Estos antecedentes regionales son en su mayoría estudios con un modelo test-retest, en los cuales se toman muestras en una institución específica para un análisis de línea base, luego una intervención y por último una evaluación de impacto. En general muestran resultados positivos y se describen a continuación.

Un ejemplo de primer grupo de lo representa el trabajo de DeMaría, y otros (2009), quienes desarrollan un diagnóstico en América Latina y el Caribe, acerca del panorama legislativo y curricular sobre sexualidad y prevención contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el ámbito escolar.

Con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se realizó una encuesta a informantes clave en treinta y cuatro países de la Región. En la mayoría de los países informó tener al menos un libro de texto o un capítulo específico para enseñar los temas de educación sobre sexualidad y prevención del VIH. En la escuela secundaria se cubren la mayor parte de los temas pertinentes relevantes para la educación sobre sexualidad, pero no todos. Por ejemplo, el problema de la discriminación por orientación o preferencia sexual no se incluye en los programas escolares, de modo que resulta uno de los temas peor abordado en la región.

Reyes (2016) destaca el hecho de que el riesgo de que una persona joven resulte contagiada de una ITS, está en relación directa con la edad de inicio del coito. Por tanto, las medidas de prevención entre los jóvenes deben apuntar, entre otros objetivos básicos, a evitar la necesidad sexual retrasando el inicio de la vida sexual activa. Señala, asimismo, que en el caso de los/as jóvenes activos sexualmente, es primordial que reduzcan el número de parejas sexuales y que tengan más facilidad para acceder y utilizar servicios integrados de prevención, lo que comprende tanto la educación como el suministro de métodos de barrera.

El autor va más allá y recalca la importancia de que los programas en materia de sexualidad también sirvan para prevenir otros comportamientos peligrosos para la salud, como el consumo de sustancias. Insiste en el hecho de que los y las jóvenes deben tener a su disposición servicios integrales de prevención, detección y tratamiento de las ITS y el VIH sabiendo que las infecciones por VIH, ITS, los abortos inseguros y los embarazos no planificados implican una gran carga tanto familiar, como comunitaria y gubernamental.

Por su parte Teodoro Barros y otros (2001) desarrollan, aplican y evalúan un modelo educativo de prevención primaria de ITS VIH/SIDA basado en los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los/as adolescentes. En esta experiencia se aplicó el modelo a escolares adolescentes (doce a quince años) de Santo Domingo de los Colorados, Ecuador. Se formaron dos grupos con características similares: el grupo de intervención y el grupo de control. Además, se aplicó además una guía de discusión a dieciséis grupos focales, con cuya información se elaboró una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas que, después de su validación, fue aplicada a ambos grupos.

En el primer grupo se implementó un programa educativo de prevención dirigido a estudiantes y docentes y ocho meses después se aplicó una segunda encuesta CAP a los dos grupos. No existieron diferencias significativas entre los dos grupos antes de la intervención, pero después de ella las diferencias fueron estadísticamente significativas, por lo que se constató un aumento de conocimientos sobre sexualidad y ITS/VIH en el grupo en el que se implementó el programa,

Otro ejemplo de intervención educativa es el trabajo realizado por Segura, Matzumura y Gutierrez (2015), en el que se determinó la eficacia de una intervención educativa para elevar los conocimientos sobre las ITS en adolescentes del tercer año de educación secundaria. Contó con una muestra de noventa y cinco estudiantes y el pre test reveló un inadecuado nivel de conocimientos sobre signos, síntomas, transmisión y prevención de distintas dichas infecciones. Posteriormente se dio una intervención educativa participativa de seis sesiones y al final se realizó un post para determinar la eficacia de la misma. Como resultado incrementó el porcentaje de adolescentes que obtuvo un alto nivel de conocimientos sobre ITS en los cuatro criterios evaluados.

En esta misma línea resalta el trabajo de Basulto, Machado, Medina y Gutiérrez (2012) en donde se hizo una intervención similar a la anterior pero con población adolescente que padecía diabetes mellitus tipo 1. Contó una muestra de cuarenta adolescentes, los cuales en la valoración pre test presentaban un conocimiento bajo en términos de estrategias de prevención del contagio y promoción de la salud. La intervención consistió en la formación de dos grupos de veinte estudiantes cada uno, con una intervención de veinticuatro sesiones, dos por semana en el servicio de Endocrinología del Policlínico de Especialidades Pediátricas de la Provincia de Camagüey, Cuba. Posterior a la aplicación de la estrategia educativa se observó una reversión en ideas erróneas sobre las vías transmisión, las principales manifestaciones clínicas, la identificación del riesgo y las medidas de prevención.

Por su parte, Guerra, Trujillo, Navarro y Martínez (2009) llevaron a cabo un modelo similar con la intención de elevar conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ITS y promover conductas responsables en la Facultad de Tecnología de la Salud Octavio de la Concepción y de la Pedraja (Cuba). Participaron doscientos un estudiantes en doce sesiones, dos veces por semana. La intervención consistió en la utilización de técnicas participativas para la promoción de conductas sexualmente responsables y entrega de preservativos. Se observó un resultado positivo en la intervención pues incrementó significativamente el conocimiento sobre las distintas ITS.

En general, los modelos test-retest con intervenciones educativas vivenciales y participativas en lapsos cortos de tiempo muestran resultados positivos, particularmente en lo referido a conocimientos, pues resulta en la variable más comúnmente evaluada en el impacto de los abordajes. Sin embargo, cuando se valora la práctica sexual se evidencia la necesidad de intervenciones más prolongadas pues no necesariamente un aumento del conocimiento da como resultado una mejora en las prácticas sexuales responsables (Achiong & Achiong, 2011).

## Nacionales

A nivel nacional se presenta una situación similar a la del ámbito internacional, ya que por un lado se encuentran documentos institucionales que establecen políticas y estrategias de intervención que involucran tanto instituciones del estado como distintas ONG. Por otro lado se observan sistematizaciones de intervenciones educativas específicas, las cuales se presentan a continuación.

En el primer grupo se puede destacar, el desarrollo del *Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y SIDA 2016-2021*, como una herramienta que define las principales líneas de acción nacionales en la lucha contra el virus (Ministerio de Salud, 2016). Una gran parte se centra en la atención de las personas portadoras de VIH y poblaciones específicas en riesgo. Sin embargo, en lo relacionado con prevención y promoción de la salud destacan el MEP y el Viceministerio de Juventud como ejecutores de distintas acciones dentro del plan.

En el caso del MEP, este realiza investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en la población estudiantil, así como actividades educativas en conjunto con distintas ONG para la aplicación de programas de estudio con contenidos relacionados al VIH/SIDA, salud sexual y reproductiva. Por su parte, el Viceministerio de Juventud articula espacios para la promoción de la salud con estilos de vida saludables, enfoque de derechos humanos y no discriminación en personas jóvenes, así como la investigación en salud sexual, reproductiva y cambios culturales asociados.

Desde el proyecto VIH Costa Rica de la Oficina regional América Latina de HIVOS (Instituto Humanista para la Cooperación con los Países en Desarrollo) se promueven algunas estrategias para afrontar la problemática del VIH/SIDA. Entre ellas se encuentra brindar información precisa, facilitar el acceso a detección y tratamiento, así como a preservativos y lubricantes, y también el empoderamiento de las personas para definir los términos y condiciones en los cuales establecen las relaciones sexuales (Ugarte, 2017).

Entre las estrategias educativas de esta ONG destaca el módulo de capacitación dirigido a personas adolescentes *Educación integral de la sexualidad con énfasis en prevención de VIH y SIDA: Por una Niñez y Adolescencia protegida del VIH y SIDA* en los Chiles (Defensa de Niños y Niñas Internacional, 2007). Esta intervención forma parte del

Proyecto *Reducción de Riesgo de Vulnerabilidad de VIH y SIDA en la Comunidad y Poblaciones Móviles de la Región Fronteriza Los Chiles*, iniciativa ejecutada por Defensa de Niñas y Niños Internacional (DNI), sección Costa Rica. Dicho abordaje se diseñó para preparar agentes multiplicadores y constó de cuatro componentes:

- Sensibilización-concienciación: reconocimiento de derechos y rechazo de la discriminación
- Información: acercamiento a la sexualidad, ITS y VIH/SIDA, derechos humanos de niños, niñas y adolescentes que viven con VIH
- Apropiación de la información: Prevención por medio del conocimiento,
- Respuesta/Propuestas: Cómo compartir la información, prevención del VIH/SIDA en equipo, actitudes para un trato humanizado.

Este abordaje se lleva a cabo en el sistema educativo formal, sin embargo no presenta estrategias de evaluación de su impacto.

Otra organización internacional que realiza intervención en nuestro contexto es el FPNU. El programa “Facilitando condiciones de vida saludables: jóvenes en situación de exclusión social en la prevención del VIH/SIDA” (2002), conocido como “Manos a la Obra” se realizó en la zona sur con población vulnerable. En este programa los/as jóvenes participaron activamente en los procesos de prevención del VIH y el desarrollo de iniciativas educativas y recreativas, y servicios de salud para la prevención y el compromiso político para apoyar esta labor a nivel local y nacional.

Por otra parte, hay trabajos de investigación alrededor de esta temática a nivel nacional que guardan relación con el presente abordaje.

Por medio de entrevistas estructuradas a un grupo de estudiantes residentes en la Sede de Occidente de la Universidad de Costa Rica, Malespín y Vargas (2005) determinaron los conocimientos, actitudes y prácticas de estos en relación con la sexualidad segura y satisfactoria.

Este trabajo evidencia que los/as jóvenes tiene un conocimiento de la sexualidad fundamentalmente desde la genitalidad, pues consideran que el acto coital es la única forma

de sexualidad. La mayoría señaló que no es posible vivir con su pareja sin relaciones coitales e indicaron el preservativo como método anticonceptivo preferido. La fidelidad y la abstinencia son descritas como prácticas de sexo seguro. Asimismo, que el amor y el placer son los motivantes para mantener relaciones coitales.

En la misma línea de la exploración de conocimientos, actitudes y prácticas, Castillo y Ugalde (2008) llevaron a cabo un estudio sobre estas variables en adolescentes rurales sobre sexualidad y VIH/SIDA que evidenció poco conocimiento conceptual sobre dicha temática, e ideas parciales o distorsionadas. En el ámbito de prevención y vías de transmisión se observó un alto grado de conocimiento. En lo que respecta a actitudes, existen creencias estereotipadas debido a apropiación de ideas machistas con roles de género tradicionales, como por ejemplo, en el uso del preservativo y quién es el responsable de portarlo.

Las autoras observaron mayor conciencia sobre las repercusiones del VIH/SIDA al que tanto hombres como mujeres se encuentran expuestos. Referido a las prácticas, se señala la preponderancia de una sexualidad de carácter coital, orientada a la satisfacción masculina en donde las infecciones de transmisión sexual y el embarazo no constituyen un riesgo real. De este análisis se destaca que la educación sexual en los estudiantes carece de un abordaje integral pues está mayormente centrada en una perspectiva biologicista y patologizante, pero sin un impacto real en el estilo de vida sexual.

Rojas (2014), por su parte, realizó una síntesis integrativa de un conjunto de investigaciones derivadas de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva realizada en el 2010, a partir de la cual un equipo interdisciplinario de la Universidad de Costa Rica, elaboró seis estudios sobre las conductas, el conocimiento y las actitudes de la población costarricense acerca del VIH/SIDA.

Respecto a la población joven se concluyó que no se identifican las formas de prevalencia y transmisión del VIH y no se rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus. Como principales fuentes de información destacaron amigos, pareja, medios de comunicación y la madre, pero al preguntar sobre las fuentes ideales identifican a los padres, educadores y profesionales en salud.

En cuanto a métodos anticonceptivos, solo una cuarta parte de la población usa el preservativo, que además de anticonceptivo protege de la transmisión del VIH (Rojas, 2014). El uso de este en la población general con una vida sexual activa, casi nunca se da sistemáticamente, pero su uso aumenta en hombres jóvenes con mayor escolaridad puesto que en el caso de las mujeres lo utiliza solo un 26% (Rojas, 2014).

De lo anterior se concluye que existe una falta significativa de conocimiento para la vivencia sana y responsable de la sexualidad y que con excepción del trabajo de HIVOS, no existe ningún antecedente directo sobre intervención en el ámbito de la educación formal con personas menores de edad sobre el VIH/SIDA. Destaca que la sexualidad se encuentra fuertemente atada a la genitalidad y el coito, y que no se observa desde una perspectiva integral con múltiples influencias y escenarios.

Este trabajo se ha diseñado para ser una intervención en la que se considere el gran espectro que constituye la sexualidad, sin dejar de lado la intervención específica sobre el VIH/SIDA, de modo que sea una experiencia enriquecedora, tanto para los/as estudiantes como en los productos posteriores del abordaje.

### **Situación problema**

Teniendo en consideración el panorama expuesto anteriormente, no cabe duda de que la transmisión sexual de infecciones es un tema de primera importancia a nivel mundial. Los datos indican que, en cuanto a la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS), la población menor de edad es más susceptible de riesgo. En este sentido, la educación adecuada, eficiente y oportuna es un factor protector ante tal vulnerabilidad (Hyde & DeLamater, 2006).

En Costa Rica, las estimaciones indican que el número de personas que viven con el VIH oscila entre 5,600 y 12,000 y el grueso de la población está entre los quince y los cuarenta y nueve años, de las cuales unas 2400 serían mujeres (ONUSIDA, 2014). A pesar de la poca información, se estima que el VIH/SIDA pone en estado de vulnerabilidad a alrededor de 1,4 millones de personas en el país (Banco Mundial [BM], 2006). Las mayores incidencias

se concentran en el área Metropolitana, donde vive la mayor parte de la población del país (BM, 2006).

La evolución de los casos reportados a lo largo del tiempo muestra que la razón hombre-mujer ha cambiado significativamente. En 1992 hubo trece casos de hombres por cada mujer, y en el año 1999 la razón era de cinco a uno, mientras que en el año 2004, el 86% de los nuevos casos de SIDA notificados fueron del sexo masculino (BM, 2006). Esto indica que la feminización de la epidemia persiste aunque no ha aumentado.

El grupo de edad más afectado es el de veinticinco a treinta y nueve años, con alrededor del 60% de los casos de SIDA, es decir, la manifestación de la enfermedad ocasionada por el virus (BM, 2006), lo cual significa que el contagio de la enfermedad se está dando en la población adolescente y joven del país, y refuerza la importancia de concentrar los esfuerzos preventivos en este grupo poblacional. Siendo así, con el fin de mejorar la calidad de vida y a falta de una cura o vacuna para el SIDA, la mejor herramienta es la educación (Hyde & DeLamater, 2006).

El impacto que se pretende a nivel educativo es doble: con el estudiantado participante y con el producto que esta intervención en términos de retroalimentación hacia el MEP en materia de educación para la salud, en particular sobre VIH/SIDA. Es así como el problema que guía la ejecución de esta práctica es:

*¿Cómo promover la construcción de conocimientos, actitudes y prácticas para la vivencia de una sexualidad responsable por medio de una propuesta de educación para la salud sexual con énfasis en VIH/SIDA dirigida estudiantes de décimo año en colegios de Cartago?*

---



## **Marco teórico conceptual**

Siguiendo la pregunta que guía este trabajo, se expondrán a continuación las fundamentaciones teóricas que brindan cohesión para la construcción del diagnóstico y el diseño del abordaje.

### **Sexualidad: una perspectiva integradora**

Para rescatar la importancia de realizar una intervención lo más integradora posible, se ha decidido realizar un abordaje propio, desde el marco del modelo sistémico de la sexualidad, esto debido a que desde la perspectiva de la practicante este posee una alta capacidad de integración y perspectiva amplia sobre el fenómeno. Esto se integró con métodos experienciales/vivenciales desde el marco de la teoría cognitivo social, la cual, según lo descrito por la literatura científica, ha demostrado ser efectiva en programas educativos sobre sexualidad (Hyde & DeLamater, 2006).

La sexualidad humana es un fenómeno multifactorial, muy complejo, el cual está lleno de aristas y posee implicaciones individuales, sociales, biológicas y afectivas. Sin embargo, muchas veces debido a sesgos políticos, culturales e incluso religiosos, esta es visualizada desde perspectivas parcializadas y carentes de integralidad, enfocando su abordaje desde puntos de vista monotemáticos que muchas veces solo consideran aspectos biológicos y/o morales.

Esto no solo afecta la comprensión plena de esta compleja dimensión de la experiencia humana, sino que además limita su vivencia sana. Así, para entender el fenómeno de la sexualidad es necesario aproximarse a ella con un panorama amplio y un modelo teórico holístico.

Esta perspectiva de integralidad es sostenida por Rubio (1994), quien toma el concepto de holón, planteado desde la Teoría de Sistema General para aplicarlo al estudio de la sexualidad humana. El concepto de holón aporta al estudio de la sexualidad un andamiaje multifactorial que además presenta un modelo de interdependencia que es ideal para comprender la complejidad del comportamiento sexual humano.

La aproximación de Rubio define la sexualidad desde su modelo holónico como el resultado de cuatro potencialidades que dan origen a los holones sexuales que se describen a continuación (Rubio, 1994):

- Componente de **reproductividad**: es la capacidad de embarazo implica también la capacidad de maternidad y paternidad;
- Componente **género**, entendido como la pertenencia o no del individuo a las categorías masculino o femenino, y las características individuales asociadas a estas categorías;
- Componente **erotismo**, relacionado con las sensaciones placenteras y las experiencias corporales;
- Componente de la **vinculación afectiva**, el cual consiste en la capacidad para desarrollar afectos y generar vínculos con otras personas.

Estos componentes se relacionan entre sí y permiten entender que la sexualidad no es únicamente biológica, psicológica, o social, sino que se manifiesta en todos esos niveles. El conocimiento de sí mismo contribuye al equilibrio de dichos holones y, por tanto, a la vivencia plena de la sexualidad. En relación con este aspecto complejo de la sexualidad Krauskopf (1995) señala que es en la adolescencia cuando los problemas del sexo y el amor se tornan conscientes, dada la adquisición de capacidad hormonal y el desarrollo de órganos genitales.

Es fundamental entender la sexualidad como un proceso dinámico, que cambia a través del tiempo y responde a las características particulares de las personas. Una de esas características es la etapa de la vida, en este caso, la adolescencia. Por tanto se hará un breve recorrido teórico sobre la sexualidad en relación con la adolescencia.

### **Adolescencia: una etapa de descubrimiento**

La adolescencia constituye un momento de la vida en donde se llevan a cabo varias tareas (Krauskopf, 1995): consolidación de la identidad sexual, diferenciación de roles sexuales, aceptación del esquema corporal tanto a nivel sexual, como afectivo y social, la constitución de una autoestima independiente de los padres y basada en las propias

capacidades, descubrimiento de necesidades y posibilidades de realización personal, individuación, autonomía, elaboración de proyecto de vida, entre otras.

La adolescencia desde esta perspectiva evolutiva es definida como una sucesión de tareas inherentes, sin embargo esta no es la única forma de conceptualizarla. Fernández (2010) hace una revisión de diferentes perspectivas alrededor del constructo adolescencia, desde la pubertad como elemento más importante de su caracterización dado el foco es el cambio fisiológico, pasando por una definición basada en el rango etario, hasta conceptualizarla como una experiencia del desarrollo, donde la persona sigue una línea evolutiva con tareas y problemas inherentes a resolver.

El autor (Fernández, 2010) también se refiere a la definición de la adolescencia en función de la adultez, es decir, su paso previo, así como a una producción histórica cultural únicamente definida por un discurso que la vuelve su objeto sin que exista una condición adolescente universal, y, por último, como una condición bio-psico-social, considerada como más abarcadora aunque no siempre se haga verdadera integración de tales facetas a la hora de tratar lo adolescente.

Esta perspectiva implica un punto de vista muy limitado y entenderla como un rango de edad o como un conjunto de cambios corporales aporta poco para su abordaje. Es necesario, al intervenir, tomar en cuenta que la realidad adolescente es dinámica y que en este caso está inserta en un sistema educativo formal con características propias y una compleja convivencia entre pares.

En el caso de los adolescentes insertos en procesos de formación institucional, la educación, en particular la educación de la sexualidad, es fundamental y aunque por sí misma es incapaz de solucionar todas las problemáticas cotidianas asociadas a la vivencia de la sexualidad adolescente (entre ellas los riesgos de contraer una ITS y específicamente el VIH/SIDA), es un pilar fundamental para la formación de personas sexualmente sanas y responsables. Por lo tanto, es imperativo desarrollar estrategias de intervención desde el proceso educativo en todos los niveles (Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA [GCWA], 2006).

## Salud sexual y educación: un dúo de innegable importancia

Así, como guía para la conducción de esta práctica se pretende un abordaje vivencial, entendiendo la vivencia desde la perspectiva de la complejidad en su implicación de transformación, donde lo externo (el entorno) se individualiza, se reestructura y resignifica en función de la personalidad individual y en interrelación con los otros (Hernández, 2010).

Desde esta filosofía, las acciones de intervención se orientarían menos hacia una metodología puramente informativa dados sus limitados resultados, y más a actividades y situaciones ancladas en la cotidianidad y la reflexión personal (Fordyce, 1983, citado en Camacho & Galán, 2015).

Algunos criterios para un adecuado abordaje de la educación sexual son descritos por SIECUS (Sex Information and Education Council of the United States, 1996). Según esta organización, las metas de la educación sexual deberían ser:

- Proporcionar información precisa sobre sexualidad humana (crecimiento y desarrollo, reproducción humana, anatomía, fisiología, masturbación, vida familiar, embarazo, parto, parentalidad, respuesta sexual, orientación sexual, anticoncepción, aborto, abuso sexual, VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual),
- Educar en actitudes, valores y discernimientos (para dar oportunidad de cuestionar, explorar y evaluar sus actitudes sexuales a fin de comprender sus valores familiares, desarrollar sus propios valores),
- Fortalecer las relaciones y habilidades interpersonales (incluyendo comunicación, toma de decisiones, asertividad y habilidades para negarse a la presión de iguales y capacidad para crear relaciones satisfactorias),
- Desarrollar responsabilidad (en cuanto a las relaciones sexuales, alentar el uso de anticonceptivos y otras medidas sanitarias sexuales para reducir la frecuencia de embarazos en la adolescencia, infecciones de transmisión sexual, incluyendo infección por VIH, y abuso sexual).

Así, al intervenir educativamente sobre la salud sexual, es necesario abordar el tema del VIH/SIDA integralmente, en donde la vivencia de la sexualidad se inscriba en una práctica responsable y saludable, arraigada en la vivencia de sus agentes. La elaboración de

materiales y la mediación pedagógica son centrales en este proceso ya que intervienen y facilitan el proceso de enseñanza y aprendizaje y deben ajustarse a las características de la población meta (Morales, 2012).

La realización de esta práctica encuentra convergencia con la mediación pedagógica, y el material didáctico constituye una manera de intervenir en el proceso de aprendizaje y, por tanto, es un mediador entre los propósitos educativos y las demandas de quien aprende, entre el saber natural y espontáneo del aprendiz y el disciplinar (Alzate, Arbelaez, Gómez, Romero & Gallón, 2003). Su importancia, radica en la influencia que los estímulos ejercen en quien aprende, es decir, poniendo al estudiante en contacto con el objeto de aprendizaje (Morales, 2012). Es por esto que su elaboración debe basarse en el conocimiento de aquel público a quien va dirigido, lo cual justifica el proceso diagnóstico, que es la primera fase de esta práctica.

Una manera de aproximarse de forma concreta a la vivencia de la sexualidad adolescente es mediante una el modelo de conocimientos, actitudes y prácticas, (CAP) (Villarrosal, 2008). El modelo va más allá de la exploración del conocimiento, ya que asumir que poseer información conlleva necesariamente a adoptar la práctica adecuada es un supuesto incorrecto (Achiong & Achiong, 2011). Para que se desarrolle un cambio de práctica, es importante entender las razones y motivaciones que fundamentan esa conducta, y esto no ocurre en el vacío. Los factores históricos, personales y socioculturales que la influyen son fundamentales para su comprensión (Achiong & Achiong, 2011). A partir del conocimiento de estos se puede desarrollar un programa educativo con el cual la población meta se perciba en su propia realidad y se construya el cambio a partir de ahí.

### **Conocimientos, actitudes y prácticas: cómo acercarse a la realidad**

Ya que este proyecto se basa en la exploración de la perspectiva de estudiantes de secundaria sobre el VIH/SIDA, se hará una definición de las dimensiones que se tomarán en cuenta para el análisis y sistematización de la información.

Villarrosal (2008) define conocimiento como aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad. Una actitud es un estado de disposición a responder, un gesto exterior manifiesto que indica preferencia y entrega, o, por el contrario, rechazo a alguna actividad o idea (Villarrosal, 2008). La actitud es una predisposición a actuar, y es de gran importancia en el esfuerzo educativo en su modificación o inculcación. Y una práctica es una serie de comportamientos relacionados, entendidos como acción explícita y observable que una persona ejecuta en circunstancias específicas (Villarrosal, 2008).

Los tres componentes permiten una visión de factores tanto cognitivos como afectivos y de acción relacionados con la temática, de modo que al observar su interacción es posible aportar luz sobre la perspectiva específica del estudiantado y así enfocar el abordaje educativo sobre la base de su propia experiencia.

Es importante anotar, además, que el Departamento de Salud y Ambiente ha desarrollado análisis CAP basados en un instrumento diseñado por HIVOS Latinoamérica. Así, en aras de realizar una intervención integral, se toman en consideración las categorías rescatadas por dicho instrumento (conocimientos, actitudes y prácticas). Esto pues se sabe que la intervención basada en los componentes afectivo y cognitivo resulta más efectiva en el ámbito educativo para la mejora de la calidad de vida (ONUSIDA, 2002).

### **Triada ecológica y VIH/SIDA: una mirada multifactorial**

Congruente con la perspectiva de la sexualidad integral y los diferentes componentes que la conforman, una manera de observar el fenómeno del VIH/SIDA es la triada ecológica, a partir de la cual se estudia la interacción de tres elementos constitutivos en la afectación en la salud para así poder actuar en pos de su prevención: el agente, el huésped y el ambiente (Sánchez, 2013). Así, al igual que desde la concepción holónica de la sexualidad, se observa el fenómeno bajo la influencia de sus componentes de manera integrada y a partir de allí brindar caminos efectivos que atiendan las necesidades de atención preventiva.

El agente es el causante de la enfermedad, en este caso, el (VIH)/.SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) se desencadena a partir del virus que se transmite mediante el contacto directo con fluidos corporales infectados y una vez dentro del organismo, se reproduce con rapidez hasta que son miles de millones los que invaden el cuerpo, y el sistema inmunológico se debilita (Organización Mundial de la Salud [OMS]. 2015).

El huésped es el ser o la persona que da hospedaje al agente, el cual puede generar o no la enfermedad (Sánchez, 2013); así, una persona puede vivir con el VIH y no manifestar la enfermedad (SIDA), sin embargo, este virus pone en riesgo a la persona de padecerla. Si se presenta o no la enfermedad dependerá de los factores de riesgo del huésped, los cuales podrían alterar su resistencia a la enfermedad, y es por esto que la manifestación del SIDA puede variar de persona a persona.

En la última década se ha identificado en el país un aumento de la tasa de incidencia de la infección de VIH (VJ, CPJ, PNUD, UNFPA, UNICEF, 2011): de los casos registrados con VIH, la proporción es de cuatro hombres por cada mujer y la incidencia mayor en el área central del país, en donde se concentra alrededor del 60% de los casos. Un 84,5% de las muertes representa al sexo masculino, sobre todo en el rango de edad de treinta y cinco a treinta y nueve años (Ministerio de Salud [MINSAL], 2012).

Lo anterior sugiere que la población joven se encuentra en un riesgo importante puesto que la fase más avanzada (SIDA), cuando aparecen manifestaciones clínicas graves como ciertos tipos de cáncer o infecciones, puede tardar entre dos y quince años en presentarse (OMS, 2015). Esto quiere decir que el contagio se habrá producido durante la juventud, y por tanto la prevención en el período de la adolescencia resulta fundamental para promover la vivencia saludable de la sexualidad y evitar los contagios.

Particularmente, en el grupo de adolescentes, el VIH ha tendido a incrementar en los últimos años ya que para el 2004, según los registros del Ministerio de Salud, un 43% de los casos de SIDA se dieron en personas entre los quince y veinticuatro años de edad (CONASIDA, 2005, citado en VJ, CPJ, PNUD, UNFPA, UNICEF, 2011).

En este sentido, se sabe que la tendencia nacional es la creciente adquisición del virus en la población joven, sobre todo entre personas que practican el sexo anal como actividad

sexual significativa (Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria [GFATM], 2014) y quienes tienen un inicio temprano de actividad sexual sin protección (Valverde, Solano, Alfaro, Rigioni & Vega, 2001).

Según lo descrito, se observa que en nuestro contexto las características del huésped constituyen fundamentalmente personas jóvenes, en su mayoría varones (aunque ha aumentado en mujeres), que practican de forma significativa el sexo anal y que han tenido un inicio temprano de actividad sexual sin protección.

En cuanto al ambiente, incluye las condiciones, geográficas, socioeconómicas, biológicas, entre otras, que vulneran a las personas frente la enfermedad (Sánchez, 2013). Se trata de elementos que rodean tanto al huésped como al agente y que facilitan o no la aparición de la enfermedad. A nivel nacional, algunos factores vulnerabilizantes para la población joven son (Valverde, Solano, Alfaro, Rigioni, & Vega, 2001): explotación sexual comercial de niños, niñas y principalmente adolescentes, mayor incidencia de la pobreza en la población menor de diecisiete años, fenómeno creciente de deserción-expulsión escolar, adolescentes trabajadoras(es) expuestas(os) a la explotación laboral y riesgos asociados, movimientos migratorios que exponen a las personas jóvenes a mayores peligros y a situaciones de exclusión social y poco acceso a servicios de salud. El factor educativo, en su influencia sobre las condiciones económicas y de exclusión, juega un papel importante en tanto elemento protector para las personas en condición de vulnerabilidad.

La salud constituye un equilibrio entre el ambiente, el agente y el individuo (Sánchez, 2013), donde, una vez que se rompe la armonía en esta triada aparece la enfermedad. Por tanto, dado que la naturaleza de la salud es polivalente, requiere un abordaje que responda adecuadamente a las necesidades específicas de intervención.



## **Objetivos de la intervención**

Teniendo en cuenta la situación problema que genera esta intervención se plantean los siguientes objetivos.

### **Objetivos generales**

- Describir las vivencias en relación con la educación sexual de estudiantes de décimo año pertenecientes a colegios de Cartago para comprender la formación de conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre VIH/SIDA.
- Desarrollar una propuesta de educación sobre salud sexual con énfasis en VIH/SIDA con estudiantes de décimo año pertenecientes a colegios de Cartago, para la promoción de la responsabilidad en la vivencia de su sexualidad

### **Objetivos específicos**

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas asociados al VIH/SIDA en el estudiantado.
- Comprender las vivencias y necesidades del estudiantado en cuanto a la educación sexual.
- Diseñar una propuesta para la educación en salud sexual con énfasis en VIH/SIDA, aplicable a estudiantes de décimo año.
- Implementar la propuesta para la educación en salud sexual con énfasis en VIH/SIDA con estudiantes de décimo año para validar su puesta en práctica en los centros educativos.
- Evaluar el proceso de intervención en relación con las necesidades de educación sexual en los/as participantes para validar la propuesta.

### **Objetivo externo**

- Proponer recomendaciones para la elaboración de materiales didácticos sobre VIH/SIDA dirigidos a estudiantes de educación secundaria.

## Metodología

La fase evaluativa inicial de esta práctica se efectuó a partir de un enfoque mixto, en el cual se recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos. En una intención de atender el problema de manera integral se ha optado por un enfoque mixto convergente de modelo dominante (Creswell, 2005), con un muestreo no probabilístico voluntario y una evaluación cualitativa y cuantitativa de la intervención. Se trata de un diseño en el que se aplican ambos enfoques simultáneamente y de manera independiente pero cuyos resultados se complementan y se presentan de manera conjunta. A continuación se describen las fases de la práctica y sus componentes.

## Diagnóstico inicial

### Entrevistas y grupos focales

En la fase diagnóstica se realizaron grupos focales, uno de hombres y otro de mujeres por cada uno de los cinco colegios (diez en total) con participación voluntaria de los y las estudiantes. Por medio de estos se profundizó en la comprensión de vivencias en relación con la sexualidad, la educación en sexualidad, así como en los conocimientos, actitudes y prácticas asociados al VIH/SIDA. Adicionalmente, y con el objetivo de fortalecer el análisis de los resultados mediante la triangulación metodológica, se llevaron a cabo diez entrevistas semiestructuradas con un/a docente de ciencias familiarizado/a con el Programa de Educación para la Afectividad y Sexualidad Integral (*PEASI*, para futuras referencias) y otra con el/la orientador/a de cada centro educativo. Dichas entrevistas abordaron las distintas perspectivas sobre las vivencias y la educación sexual de los/as adolescentes.

El eje orientador de la aproximación cualitativa constituyó el método de *teorización anclada* (*grounded theory*), el cual utiliza la aplicación sistemática de diversas técnicas para generar una teoría inductiva en la cual la intención no es producir una representación exhaustiva de un fenómeno, sino la elaboración de una teoría pertinente sobre este (Gurdián, 2007). Es decir, se trata de una teoría que se descubre, desarrolla y verifica en y

por la recolección de datos y en su análisis correspondiente: no se comienza con la teoría sino que más bien se llega a ella.

Este método tiene varias reglas analíticas (Raymond, 2005):

- a) La definición del *objeto* de la investigación (entendiendo que se trata de un fenómeno social sin fronteras formales).
- b) La sensibilidad teórica (capacidad para pensar los datos en términos teóricos, interacción constante con las operaciones de recopilación y análisis, y suspensión de juicios personales hasta que los datos estén analizados).
- c) Selección de la situación o grupo bajo estudio (a partir de la pregunta de investigación); d) Muestreo teórico (las situaciones y grupos elegidos lo son por su pertinencia en la elaboración de categorías conceptuales y de sus relaciones, las cuales se remodelan hasta que ningún dato nuevo las contradiga).
- e) El proceso de codificación (por medio de la comparación, para identificar características, variantes y relaciones de una forma abierta y exhaustiva y acompañada de reflexión teórica en forma de notas).
- f) Las cualidades de la teoría sustantiva (integración conceptual libre y flexible para explorar un fenómeno en profundidad).

Para el análisis de las categorías emergentes se utilizó el software Atlas.ti.

## **Instrumento**

Para el componente cuantitativo, un total de 387 estudiantes distribuidos ponderadamente en los cinco centros educativos participaron en la aplicación del instrumento sobre conocimientos, actitudes y prácticas entorno al VIH/SIDA.

El instrumento, utilizado en el MEP, se basa en el modelo de *Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP)* y constituye un acercamiento transversal no experimental que implica el análisis de la estadística descriptiva de las variables en cuestión: conocimiento sobre

VIH/SIDA, actitudes sobre este, y las prácticas protectoras y de riesgo en términos de salud sexual y VIH/SIDA, así como otras relacionadas, tales como fuentes de información sobre sexualidad, infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, entre otras.

Esto se realizó mediante el paquete estadístico SPSS en su versión 22 para efectuar estadística descriptiva y análisis de fiabilidad y validez.

### **Triangulación metodológica**

La triangulación metodológica tiene como ventaja el conocimiento más amplio y profundo de aquello que se analiza. En este caso se utilizó la triangulación intermétodos, la cual explora el fenómeno mediante el empleo de métodos cuantitativos y cualitativos (Rodríguez, 2005). De esta manera, las flaquezas de un método constituyen las fortalezas de otro, y en la combinación se saca el mayor provecho de cada uno (Arias, 2000).

La fase diagnóstica tiene preponderancia cualitativa, la cual hace uso del análisis de las categorías emergentes, que son insumo en sí mismas para generar la teoría inductiva propia del método y constituyen elementos enriquecedores del proceso diagnóstico. Se realizó una codificación axial, la cual requiere una codificación abierta previa, de manera que se descubran los conceptos, sus dimensiones y propiedades para observar datos relevantes. Strauss y Corbin (1998) identifican el fenómeno como las ideas centrales en los datos, representados en este trabajo como conceptos alrededor de la vivencia de la sexualidad y su relación con el VIH/SIDA.

Las categorías son los conceptos que se desprenden del fenómeno, los cuales tienen propiedades que los definen y les dan significado, en tanto que las dimensiones constituyen el rango a través del cual las propiedades de una categoría varían para dar paso a las subcategorías, que le dan especificidad y mayor clarificación. La codificación axial permite estructurar los datos para que las categorías se interrelacionen con las subcategorías para formar explicaciones más precisas y completas (Strauss & Corbin, 1998).

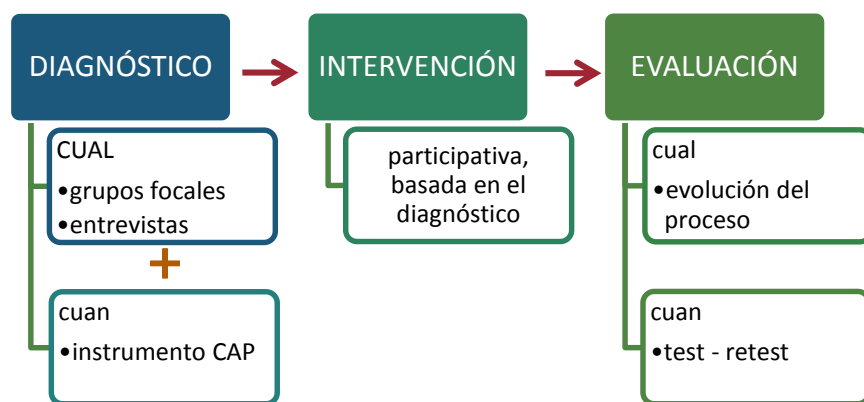
En cuanto al instrumento cuantitativo elaborado por el MEP, además de los datos descriptivos, se realizaron pruebas de confiabilidad con alfa de Cronbach y validez por medio del análisis de factores.

En aras de integrar la información cualitativa y cuantitativa se realizaron metainferencias, las cuales consisten en la comparación de resultados como forma de integrar ambos componentes del diseño concurrente (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). De esta forma, los resultados cualitativos son directamente contrastados con los cuantitativos, relacionando las categorías con los resultados estadísticos específicos.

El desarrollo de la primera etapa de esta práctica, consiste, según la clasificación de Creswell (2005), en un modelo dominante, dada la marcada primacía de uno de los componentes, en este caso el cualitativo, pues este prevalece pero se complementa con el uso del instrumento como herramienta cuantitativa en el diagnóstico.

Hernández, Fernández y Baptista (2014) proponen que las siglas CUAL y CUAN para caracterizar cada etapa y se escriben con mayúscula o minúscula según su prioridad. Se utilizan flechas para indicar secuencialidad o el signo de más (+) para indicar simultaneidad (Creswell, Plano, Petska, & Creswell, 2005). De esta manera, se tiene que las etapas de todo el proceso se simbolizan como sigue:

Ilustración 1- Desarrollo procesual de la intervención



## Diseño e implementación del abordaje

A nivel de diseño, para propiciar la responsabilidad abordando los distintos componentes de la sexualidad, se utilizó la teoría cognitivo social, que contiene tres dimensiones: factores personales (procesos cognitivos, emociones, etc.), conducta y condiciones del ambiente, las cuales interactúan constantemente de modo que cualquier cambio ocurrido en una afecta a las otras (Saravia, Meroni & Ibañez, 2010).

Esta perspectiva se acopla con la visión integral de la sexualidad propuesta por Rubio (1994), pues evidencia tanto la subjetividad como el entorno y la relación entre estos de forma interdependiente. También constituye un marco integrativo para los conocimientos, actitudes y prácticas asociados a la sexualidad y al VIH/SIDA, así como las vivencias y necesidades alrededor de la formación en sexualidad, elementos que fueron explorados en la primera fase de la intervención.

Según esta teoría se puede aprender de distintas maneras: por ejecución directa, por ejecución vicaria (a través de terceras personas), a través de la auto-gestión del refuerzo que se suministra directamente a la persona, o por la combinación de estas formas (Saravia, Meroni & Ibañez, 2010), lo cual concuerda con lo señalado en un apartado anterior sobre las formas de intervención más efectivas. Con esto se plantean estrategias mayormente vivenciales, propias de esta teoría para abordar integralmente la sexualidad en la amplitud de sus componentes pero sin dejar de lado el abordaje específico del VIH/SIDA.

Kirby (2002) hace referencia a algunos elementos distintivos de la efectividad en diferentes programas de educación sexual:

- Se enfocan en la reducción de los comportamientos de riesgo (tienen metas específicas), se basan en las teorías de aprendizaje social (aquellos basados en una teoría para diseñar el plan son más efectivos que aquellos que carecen de una teoría).
- Enseñan a través de actividades experienciales que personalizan los mensajes (evitan las cátedras y videos y emplean discusiones en grupos pequeños, simulación y juegos, role playing, ensayo y técnicas educativas similares).

- Atienden a la influencia de los medios de comunicación (que promueven los comportamientos sexuales de riesgo).
- Refuerzan valores claros y apropiados (en donde se enfatiza en la importancia de posponer el sexo y evitar el sexo sin protección y las parejas de alto riesgo), y mejoran las habilidades de comunicación (con oportunidades para modelar buena comunicación y ensayo de habilidades).

A partir de lo descrito, se resumen los requerimientos fundamentales que orientan la realización de esta práctica:

- Basada en teoría.
- Información precisa.
- Abordaje de actitudes y valores.
- Fomento de habilidades interpersonales.
- Promoción de la responsabilidad.
- Actividades experienciales.
- Atención a la influencia de los medios de comunicación masivos.
- Desmitificación.
- Demora del inicio de relaciones sexuales.
- Uso del condón o abstinencia de sexo no protegido.
- Anclado en la realidad propia de los y las estudiantes.
- Intervención integradora sobre VIH/SIDA.

A partir de la necesidad detectada en la fase diagnóstica inicial se seleccionaron los centros educativos con mayor prioridad para realizar la intervención. Para esto se observaron los elementos cualitativos y cuantitativos, con especial énfasis en los primeros. Se diseñó el abordaje basado en el diagnóstico y con las orientaciones teóricas descritas en el marco teórico conceptual.

Posteriormente se coordinó con las orientadoras de los respectivos centros educativos para solicitar los permisos pertinentes de padres, madres y/o encargados/as (ver Anexo 5), convocar al estudiantado y efectuar la logística asociada a espacio y horarios para que todo

podiera lograrse a cabalidad, según las posibilidades de cada institución. Los talleres constaron de cuatro sesiones de ochenta minutos cada una en ambos centros educativos.

### **Evaluación del impacto**

La evaluación de la experiencia se realizó formativamente a lo largo de todo el proceso, de modo que se propició la reflexión sobre el trabajo realizado. Su naturaleza cualitativa requirió de medios que permitieran apreciar los resultados de la intervención, tales como las bitácoras de las sesiones (registro de acontecimientos, descripciones, interpretaciones preliminares, comentarios, notas sobre los problemas durante el proceso, entre otros (Ver anexo 8). Asimismo, antes y después del abordaje en forma de talleres, los y las estudiantes participantes completaron un pequeño cuestionario con temáticas claves, basado en el primer instrumento de diagnóstico, para valorar el impacto de la intervención (ver anexo 9)

Con los insumos generados en todo el proceso genere se obtuvo un material sólido y valioso que permitió brindar retroalimentación al MEP sobre estrategias en el abordaje, características de la población en cuestión y recomendaciones para la elaboración de recursos didácticos atinentes.

### **Rol de la psicóloga, comité asesor y supervisora institucional**

La practicante realizó todo el proceso y conoció cada una de sus partes, de modo que obtuvo una perspectiva amplia y detallada de toda la intervención. La supervisora institucional fungió en la apertura de canales de comunicación entre el Departamento de Salud y Ambiente y cada centro educativo, así en el apoyo técnico y guía a lo largo de todo el proceso. El comité asesor brindó seguimiento académico a la puesta en práctica de la intervención, desde su planteamiento hasta su ejecución y productos finales. Esto implicó la integración de los aportes y la capacidad de trabajar con personas distintas que enriquecieron con la retroalimentación requerida en todo el proceso.



## **Consideraciones ético-legales**

En la primera etapa, con la ejecución de grupos focales y el instrumento, se solicitó la participación voluntaria del estudiantado con asentimiento informado de los y las participantes, por medio de los dispositivos institucionales utilizados en cada centro educativo. En el caso de las entrevistas a profundidad con docentes se pidió su participación voluntaria.

En la tercera etapa, con la participación de los/as estudiantes de los dos centros educativos con mayor vulnerabilidad detectada, se solicitó nuevamente consentimiento a los padres/madres o personas encargadas, dado que se diferenciaba en sus propósitos de la primera etapa, así como la participación voluntaria de los/as estudiantes.

No se recolectó información personal y no se asociaron datos recolectados con individuos específicos, lo cual se clarificó tanto en el instrumento como en los grupos focales y las entrevistas. La información brindada se manejó con confidencialidad, ya que no se solicitó el nombre a los/as estudiantes nombre y cada cuestionario completo se depositó en un buzón para tal efecto.

Para el caso propiamente de la intervención, las reglas básicas de conducta y convivencia fueron clarificadas durante la primera sesión, de modo que la interacción fuera respetuosa, confidencial y en un espacio seguro y libre para la expresión. Se tuvo la consideración de escribir las bitácoras el mismo día o en su defecto, el día siguiente a la sesión.

## **Relaciones jerárquicas e interdisciplinarias**

En la supervisión académica privó el criterio del director con el complemento de la lectora y el lector en el proceso. La coordinación y supervisión logística conllevó el criterio primario de la supervisora técnica. Las relaciones interdisciplinarias se desarrollaron en el trabajo con profesionales en orientación y docentes de ciencias en los centros educativos.

## Resultados

En este apartado se expondrán los logros de cada una de las etapas de la intervención. En primer lugar se presentan los resultados de la etapa diagnóstica, tanto en su componente cuantitativo (el instrumento) como cualitativo (las entrevistas con el personal docente y grupos focales con los y las estudiantes). Posteriormente se hará una síntesis de ambos acercamientos, en donde los datos cuantitativos y las categorías cualitativas se conjugan para originar metainferencias. Después, se expone el diseño de los talleres a partir del proceso diagnóstico y su correspondiente implementación. Finalmente, se presenta la evaluación del impacto de la ejecución de los talleres, tanto por medio del test-retest como en la valoración cualitativa de la experiencia.

En la etapa diagnóstica participaron trescientos ochenta y siete estudiantes con el llenado del instrumento cuantitativo, diez docentes, entre profesoras/es de ciencias y orientadoras/es en las entrevistas y noventa y seis estudiantes en los grupos focales. En la etapa interventiva, treinta y tres estudiantes, distribuidos en dos grupos por colegio, formaron parte de los talleres educativos, quienes en su totalidad participaron en la evaluación del impacto. En los siguientes apartados se expondrá con detalle el proceso desarrollado en cada etapa.

### Diagnóstico inicial

Como se mencionó anteriormente, la estructura del diagnóstico inicial consiste en un componente cuantitativo, que es el instrumento *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA* del MEP, y uno cualitativo que integra las entrevistas con el personal docente de orientación y ciencias, así como los grupos focales con el estudiantado, para concurrir en una síntesis comparativa de ambos a manera de metainferencias, en donde se relacionan los elementos cuantitativos y cualitativos del diagnóstico al comparar la información derivada de ambos (Hernández, Fernández, Baptista, 2014).

## Instrumento

El instrumento utilizado para el diagnóstico cuantitativo (ver anexo 2) comprende varios aspectos. La primera parte contiene un encabezado con el título del instrumento y espacios para colocar el nombre del centro educativo y la sección. Posteriormente indaga si la persona conoce sobre la existencia del VIH/SIDA y cómo se ha enterado (Sección A), así como si ha recibido educación sexual y en qué contexto (Sección B).

En la siguiente sección (C) se indaga específicamente sobre los conocimientos alrededor del VIH/SIDA, de manera que junto a cada ítem se explora el nivel de certeza que la persona tiene sobre su respuesta. Las actitudes hacia el VIH/SIDA se indagan en la siguiente sección (D) y según el diseño del instrumento contienen tres subcategorías: actitudes hacia las personas que viven con VIH, hacia la prevención y hacia el preservativo. Posteriormente hay un apartado dedicado específicamente al conocimiento, uso y adquisición del preservativo (Sección E) para seguir con la sección dedicada a las prácticas sexuales (F) en donde se explora la cantidad de parejas sexuales, la edad de inicio, el uso del preservativo durante las mismas, las circunstancias en las que se da el contacto sexual, así como situaciones hipotéticas que involucren la transmisión del VIH. En la siguiente se abordan distintos métodos anticonceptivos y su capacidad para prevenir ITS (Sección G). En la penúltima sección (H) se exploran las distintas formas que el estudiantado utiliza para informarse sobre sexualidad, así como la utilidad con la que las percibe. Por último se abordan datos sociodemográficos (Sección I).

Ilustración 2- Componentes del instrumento cuantitativo de diagnóstico

Encabezado	•Centro educativo, sección, instrucciones
Formación sobre VIH/SIDA	•Sección A
Formación sobre sexualidad	•Sección B
Conocimientos sobre VIH/SIDA	•Sección C
Actitudes hacia el VIH/SIDA	•Sección D
Preservativo: su uso y adquisición	•Sección E
Prácticas sexuales	•Sección F
Métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual	•Sección G
Fuentes de información y utilidad percibida	•Sección H
Datos sociodemográficos	•Sección I

El procedimiento de análisis de los elementos cuantitativos se realizó mediante una distribución de frecuencias a modo general para toda la muestra. Además, se calcularon índices resumen para las variables Conocimiento y Actitud y Práctica para cada centro educativo. No necesariamente los gráficos que se refieren a ítems en el instrumento se encuentran ordenados de acuerdo a su aparición en el mismo, esto para efectos de presentación de la información.

Para generar índices resumen, específicamente en el nivel de conocimientos, se calculó la cantidad de respuestas correctas, cada una de ellas pesada por el nivel de seguridad reportado por el/la estudiante al responder. Al final se obtiene una sumatoria de cada respuesta, calificada con un "0" si se respondió de manera incorrecta, y con un "1" si se seleccionó la categoría de respuesta correcta. Luego, cada respuesta se multiplicó por "1" si la persona manifestó estar por completo seguro, por "0,5" si tenía dudas, y por "0" si aceptó desconocer la respuesta. Esta medida fue posteriormente transformada a una escala de 0 a 100 para mayor facilidad de interpretación.

En el caso de las actitudes, se calcularon tres indicadores específicos, y un indicador global que conjuga los tres:

- Actitudes hacia las conductas sexuales preventivas.
- Actitudes hacia el uso del preservativo
- Actitudes hacia las personas que viven con VIH.

En los tres casos se procedió primero a establecer una misma direccionalidad para todos los ítems, de modo que quedaran en sentido positivo. Posteriormente se transformó la escala original a un intervalo de 0 a 100 para facilitar la interpretación.

Aunque se evaluaron diversos aspectos relacionados con las prácticas sexuales, para efectos de generar indicadores resumen se tomaron en cuenta tres elementos:

- *Uso sistemático del preservativo*: porcentaje de estudiantes sexualmente activos/as que indicaron utilizar el preservativo el 100% de las veces.
- *Uso regular del preservativo*: porcentaje de estudiantes sexualmente activos/as que indicaron utilizar el preservativo el 75% o más de las veces.

- *Uso del preservativo durante la última relación sexual.*

### ***Confiabilidad y validez del instrumento***

Se utilizó el alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de la escala de actitudes, el cual obtuvo un valor de .693, que constituye una puntuación cuestionable, aunque no pobre. Siendo que el máximo valor es 1, a partir de .7 se considera aceptable. Al correlacionar los ítems individuales con la escala general se tiene que pocos (8 de 29) alcanzan niveles apropiados que garanticen una medida consistente de la escala. Sin embargo, si se eliminan algunos ítems que restan consistencia a la escala se puede lograr una confiabilidad de hasta .713 lo cual se considera aceptable.

Tomando en cuenta la escala de conocimientos como dicotómica se utilizó un análisis de Kuder-Richardson-20 (KR-20), el cual puntúa .442 y se considera inaceptable. En este caso, sólo 1 de los 9 ítems relacionados con conocimiento correlaciona aceptablemente con la escala general. Aun eliminando los ítems que menos contribuyen a la consistencia interna, el valor de esta seguiría siendo inaceptable.

En el caso de las prácticas, se toman en cuenta los ítems relacionados con actividad sexual ejercida y no los que implican situaciones hipotéticas, ni tampoco las variables de escala referidas a edades de inicio, por no ser nominales. El coeficiente de KR-20 puntúa .597, el cual se considera pobre. Al observar los ítems por separado, 3 de 7 elementos correlacionan adecuadamente con la escala global. Si se eliminan algunos ítems que debilitan la consistencia interna, entonces la escala podría subir a un coeficiente de hasta .613, igualmente cuestionable aunque ligeramente más favorable.

Para obtener evidencia de validez de constructo se realiza un análisis de factores en la escala de actitudes, ya que esta es la que muestra una consistencia interna aceptable, según el análisis de alfa de Cronbach.

Si se observan los factores exploratoriamente, la escala muestra hasta nueve dimensiones, lo cual indica que los ítems están valorando un amplio rango de elementos no relacionados entre sí.

Tabla 1- Cargas para Análisis Factorial Exploratorio de la escala de actitudes

<b>Factor</b>	<b>Total</b>	<b>% de varianza</b>	<b>% acumulado</b>
1	4,327	14,921	14,921
2	2,427	8,369	23,290
3	1,890	6,516	29,806
4	1,553	5,354	35,159
5	1,385	4,775	39,934
6	1,261	4,350	44,284
7	1,179	4,065	48,349
8	1,137	3,920	52,270
9	1,048	3,615	55,885

Sin embargo, dado que la escala está formulada para representar tres factores: actitud hacia la persona que vive con VIH, actitud hacia el uso del preservativo y actitud hacia conductas sexuales preventivas se realizó un análisis factorial confirmatorio.

En este se representa moderadamente el primer factor, mientras que el segundo se ve representado en menor medida. Aunque el análisis muestra un tercer factor representado de manera moderada, al observar los ítems asociados a este, el factor no engloba conductas sexuales preventivas, sino con una subcategoría de actitud hacia la persona que vive con VIH, en situaciones específicas o contacto personal. La varianza explicada es de 29,8%, la cual resulta insuficiente siendo que el mínimo deseable es de 50%.

Tabla 2- Cargas para Análisis Factorial Confirmatorio de la escala de actitudes

<b>Factor</b>	<b>Total</b>	<b>% de varianza</b>	<b>% acumulado</b>
1	4,327	14,921	14,921
2	2,427	8,369	23,290
3	1,890	6,516	29,806

Con lo anterior, se recomienda la reformulación del instrumento para hacerlo psicométricamente más confiable y válido para ser utilizado en investigaciones futuras. Es importante recalcar que este instrumento previamente desarrollado por el MEP, se utilizó a solicitud del Departamento de Salud y Ambiente, con el fin de que la información recabada fuera susceptible de ser comparada con exploraciones anteriores realizadas por este Departamento en otras regiones.

Este instrumento, elaborado por HIVOS nunca tuvo pretensión de naturaleza psicométrica y esto representó una limitación importante al realizar su análisis de validez y confiabilidad. Para efectos de la elaboración de este componente cuantitativo sólo se utilizó el instrumento como insumo para evaluar diagnósticamente a esta población, que es, en última instancia, su función en este trabajo en particular. Aunque los datos no sean representativos de una realidad estudiantil mayor, ciertamente funciona para describir a los y las estudiantes con los cuales se llevó a cabo la intervención. En vista de lo anterior, el análisis descrito no se toma en cuenta como insumo para discutir en los resultados de esta intervención.

### *Elementos sociodemográficos*

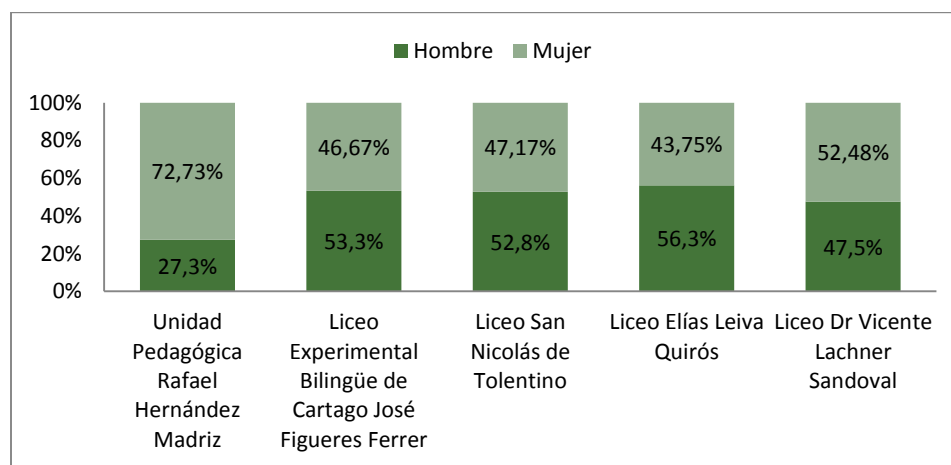
La muestra total fue de 387 estudiantes distribuidos en cinco centros educativos, a saber: Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz (22 de 47 estudiantes de décimo año), Liceo Experimental Bilingüe de Cartago (75 de 134 estudiantes de décimo año), Liceo San Nicolás de Tolentino (53 de 94 estudiantes de décimo año), Liceo Elías Leiva Quirós (96 de 271 estudiantes de décimo año) y Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval (141 de 301 estudiantes de décimo año). La cantidad de estudiantes por centro educativo se planificó para que fuera aproximadamente proporcional a matrícula en décimo año de cada colegio, según las cifras aportadas por el MEP (2014-2016), sin embargo estuvo sujeta a la disponibilidad de estudiantes a la hora de la aplicación del instrumento y fue ligeramente mayor a la propuesta inicialmente. Salvo por el Liceo Experimental Bilingüe de Cartago, que se encuentra en la categoría de subvencionado por el Estado, todos los centros educativos son públicos. Los pesos porcentuales de cada colegio se muestran en la tabla a continuación.

Tabla 3- Estudiantes por centro educativo

	Frecuencia	Porcentaje
Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz	22	5,7
Liceo Experimental Bilingüe de Cartago	75	19,4
Liceo San Nicolás de Tolentino	53	13,7
Liceo Elías Leiva Quirós	96	24,8
Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval	141	36,4
Total	387	100,0

La distribución por sexo fue igualitaria para la muestra total con un 50,4% de hombres y 49,6% de mujeres. En casi todos los centros educativos, el sexo se distribuye aproximadamente uniforme entre hombres y mujeres, excepto para la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz, en la cual se observa mayor presencia de mujeres (72,7%). La media de edad es de 16,56 años (DT=.956).

Gráfico 1- Distribución según sexo por centro educativo



El nivel educativo del padre se concentra en un 55,3% con educación primaria o secundaria. Un 9,3% tiene educación técnica y un 28,9% formación universitaria. En el caso de la madre, el 66,4% tiene educación primaria o secundaria, un 6,7% técnica y un 24,3% universitaria.

Si se compara el nivel educativo de los padres de acuerdo con el centro educativo se observa que por un lado, en la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz y el Liceo Elías Leiva Quirós, tanto padres como madres tienen en su mayoría nivel educativo de primaria, mientras que en el Liceo Experimental Bilingüe de Cartago la mayoría de padres y madres tienen formación universitaria. En el caso del Liceo San Nicolás de Tolentino la mayoría de los padres tienen formación universitaria mientras que las madres tienen un nivel educativo de secundaria. Tanto padres como madres en el Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval tienen en su mayoría una formación educativa de secundaria.

En los centros educativos donde el nivel educativo de los padres y madres es menor son la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz y el Liceo Elías Leiva Quirós, mientras que



los padres y madres con mayor escolaridad están en el Liceo Experimental Bilingüe de Cartago.

Gráfico 2- Centro educativo según nivel educativo del padre

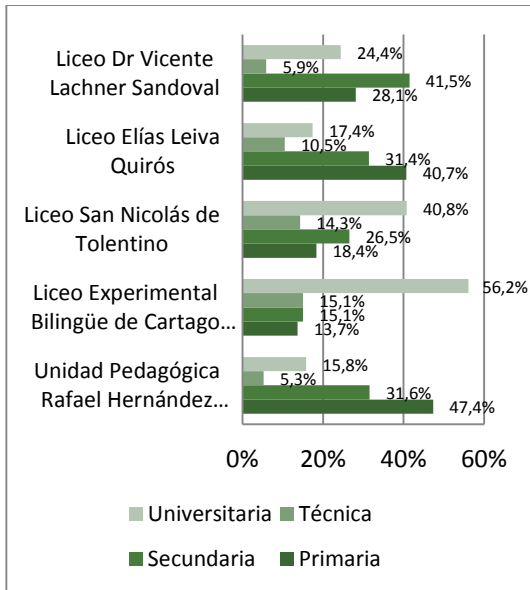
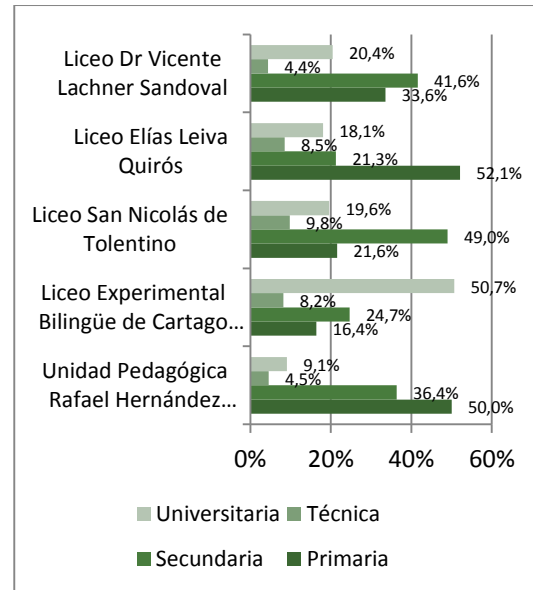


Gráfico 3- Centro educativo según nivel educativo de la madre



Sección I, ítem 3

Si se relaciona la escolaridad de padre y madre con el nivel de conocimiento de las personas participantes se tiene que hay una ligera tendencia a que el nivel educativo de ambos padres se asocie con el nivel de conocimiento del estudiantado: los porcentajes de bajo nivel de conocimiento se concentran menos en estudiantes cuyos padres/madres tienen formación universitaria, mientras que mayores porcentajes de alto conocimiento se acumulan más en estudiantes con padres/madres cuya escolaridad es universitaria.

Sin embargo, esto no se repite linealmente pues en el caso de las madres con escolaridad secundaria, el conocimiento alto alcanza porcentajes mayores en comparación con otros niveles educativos, lo mismo que en estudiantes cuyos padres tienen formación secundaria, pues estos/as acumulan un porcentaje mayor de conocimiento bajo en comparación con otros niveles educativos.

Gráfico 4- Nivel educativo del padre según conocimiento del estudiantado

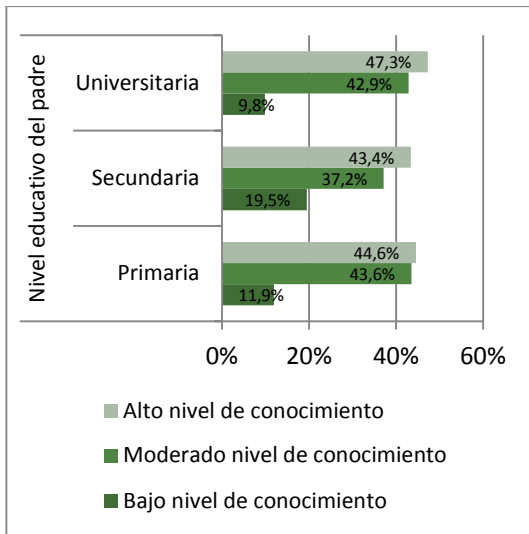
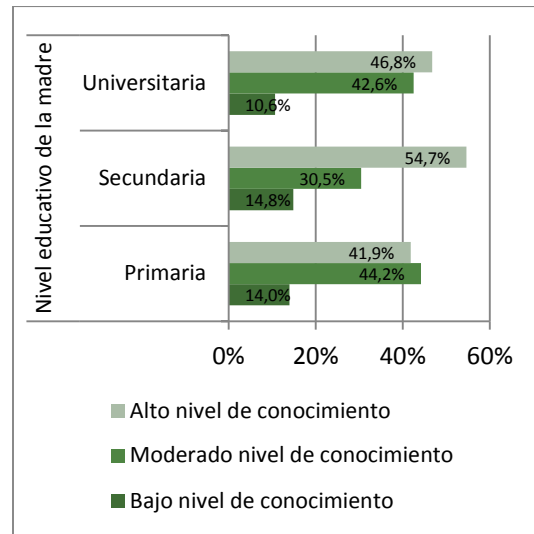


Gráfico 5- Nivel educativo de la madre según conocimiento del estudiantado



De este modo, si se quiere observar una relación entre el nivel educativo de los padres y los niveles de conocimiento de los/as estudiantes se puede discernir lo siguiente: en el caso de la escolaridad del padre hay una ligera tendencia a un mayor nivel de conocimiento de los/as hijos/as entre mayor es el nivel educativo del padre.

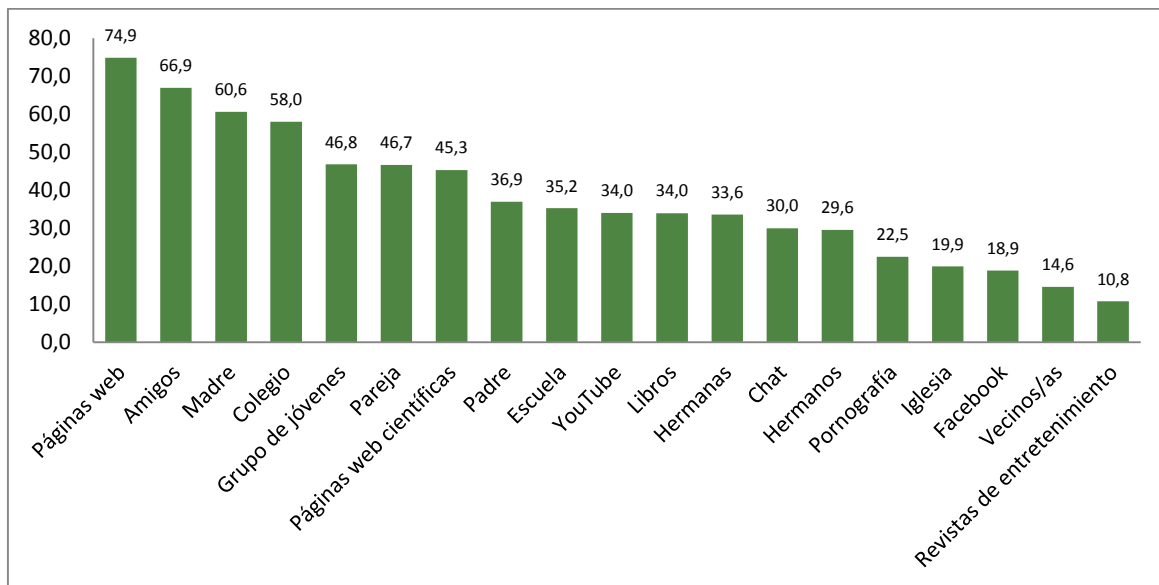
En el caso del nivel educativo de la madre se sostiene la tendencia aunque en menor grado. Es importante anotar que no se puede concluir que hay una relación pues aunque la tendencia se sostiene esta no parece ser marcada. Asimismo no se puede establecer ninguna diferencia entre los distintos centros educativos.

### Fuentes de información

La Sección H del instrumento indaga distintas fuentes de información sobre sexualidad en general a las cuales tienen acceso los/as estudiantes, y su percepción de utilidad. Las principales fuentes de información consisten en páginas web (74,9%), amigos/as (66,9%), la madre (60,6%) o el colegio (58%), todos con un porcentaje de respuesta mayor a un 50%. Un 22,5% señala la pornografía como fuente de información sobre sexualidad,

mientras que menos frecuentes son las revistas de entretenimiento (10,8%), los/as vecinos/as (14,6%) o el Facebook (18,9%).

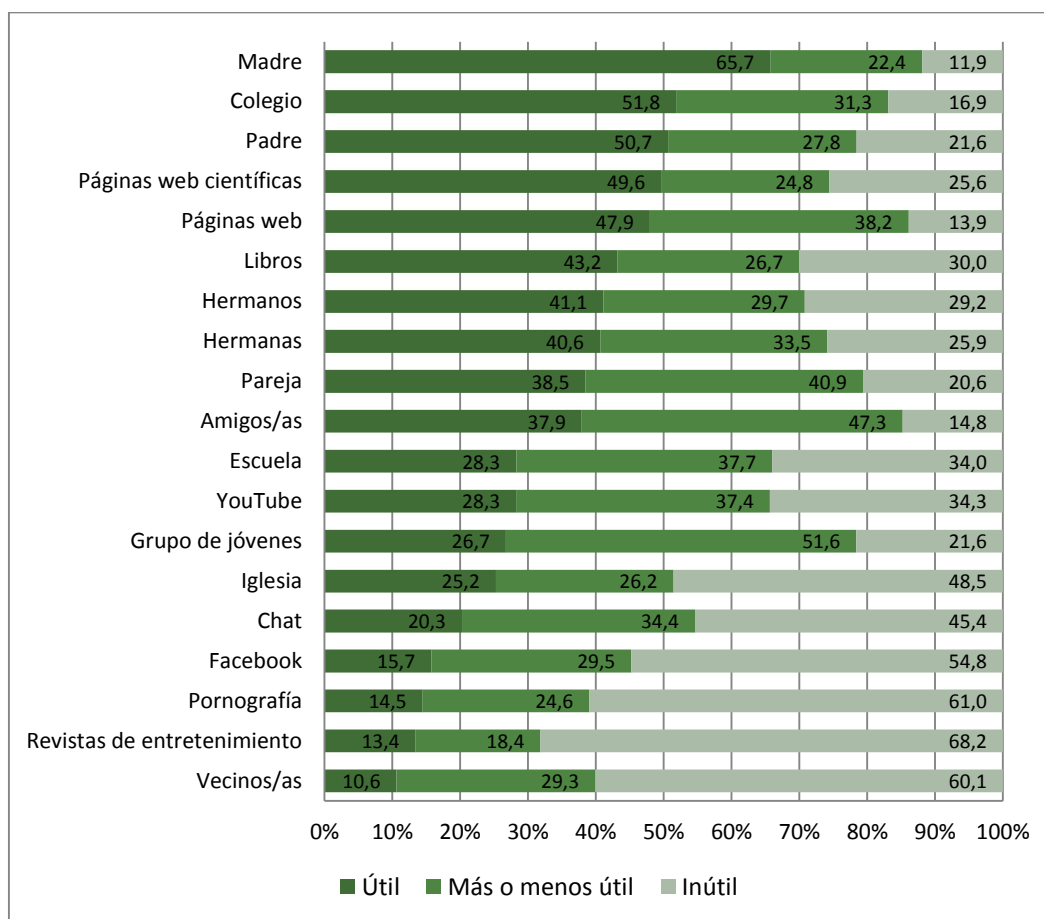
Gráfico 6- Fuentes de información sobre sexualidad



Sección H, ítem único

En cuanto a la utilidad percibida de distintas fuentes de información sobre sexualidad, la madre (65,7%), el colegio (51,8%) y el padre (50,7%) son considerados mayormente como fuentes útiles de información. Cabe decir, que este ítem tuvo porcentajes variados de no respuesta (entre 18% y 49% según cada fuente), y por tanto los porcentajes se analizan tomando en cuenta a quienes respondieron.

Gráfico 7- Utilidad percibida de distintas fuentes de información sobre sexualidad



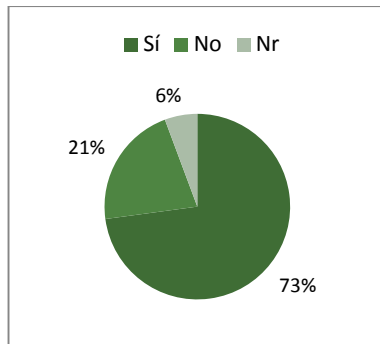
Sección H, ítem único

\*Se muestran los porcentajes relativos a las personas que contestaron la sección de utilidad de distintas fuentes de información, la cual tuvo entre 18% y 49% de no respuesta según el ítem.

### Educación sexual

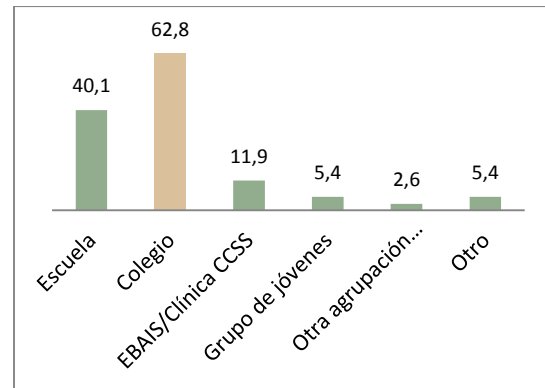
La sección B del instrumento indaga sobre la educación sexual recibida. Un 72,9% afirma haber recibido clases, cursos, o charlas al respecto, sobre todo en el colegio (62,8%) o en la escuela (40,1%).

Gráfico 8- ¿En alguna oportunidad ha recibido clases, cursos o charlas sobre educación sexual?



Sección B, ítem1

Gráfico 9- ¿Dónde ha recibido clases, cursos o charlas sobre educación sexual?

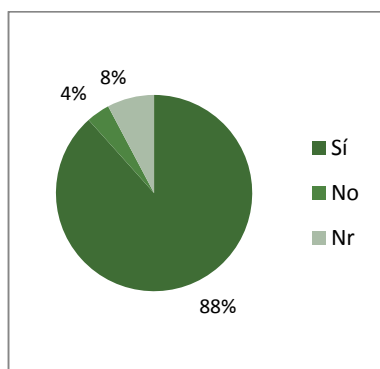


Sección B, ítem2

### Conocimiento sobre VIH/SIDA

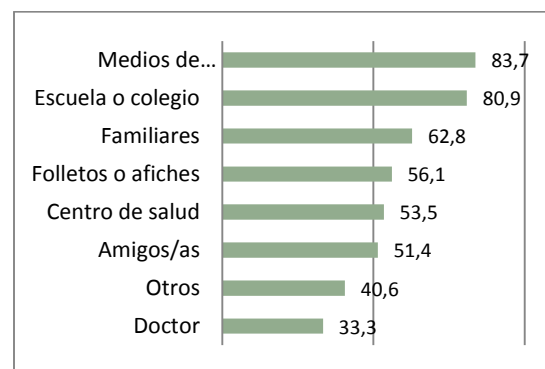
La sección A del instrumento sondea específicamente el conocimiento sobre la existencia del VIH/SIDA y las formas en que se ha enterado del mismo. Un 88,4% de la muestra reconoce la existencia del VIH/SIDA y la mayoría señala a los medios comunicación (83,7%), a la escuela o colegio (80,9%), a la familia (62,8%) como formas por medio de las cuales se ha enterado de su existencia. Sin embargo, también otros medios como afiches o folletos, los centros de salud o los/as amigos se presentan en porcentajes de respuesta mayores al 50%.

Gráfico 10- ¿Conoce sobre la existencia del VIH/SIDA?



Sección A, ítem 1

Gráfico 11- ¿Cómo se ha enterado sobre el VIH/SIDA?



Sección A, ítem2

Posteriormente, en la sección C del instrumento, se realizan una serie de preguntas que apuntan hacia el concepto, las formas de transmisión del virus y la prevención. Es a partir de esta sección de preguntas específicas que posteriormente se elabora un índice global del conocimiento.

Se observa un alto conocimiento general sobre las implicaciones de la infección del SIDA en tanto que es responsable de debilitar las defensas del cuerpo y dejarlo vulnerable frente a enfermedades. Sin embargo, aunque la transmisión del virus se da por medio de fluidos corporales como la leche materna, los fluidos vaginales, el semen y la sangre, sólo el 42,1% incluye, los fluidos vaginales y la leche materna como vehículos de transmisión, de modo que hay menos seguridad sobre estos como potenciales formas de contagio.

Los/as estudiantes tienen un conocimiento general con relación a algunos mitos sobre la forma de transmisión del VIH. El hecho de que el virus no puede contagiarse por medio de la picadura de un mosquito, tos, sudor, estornudos o por compartir espacios como una piscina o un servicio sanitario es ampliamente conocido por las personas participantes.

Cabe resaltar que el contacto sexual sin protección es la forma de transmisión que los/as estudiantes señalan con más frecuencia, así como otras formas que implican el contacto con la sangre (compartir agujas, transfusiones). Esto indica que el virus está correctamente asociado con la sangre y el semen, ya que fueron formas de transmisión mencionadas en porcentajes mayores al 80%.

Se destaca que en menor medida, aunque con porcentajes altos (entre el 64% y el 68%), también se menciona la transmisión vertical de madre a hijo, el compartir navajas que no se hayan desinfectado y el sexo oral desprotegido. Estos últimos se consideran teóricamente como formas de transmisión aunque el riesgo es ínfimo y sólo podría darse bajo circunstancias muy específicas. Mitos como la transmisión por picadura de un mosquito, los besos, compartir cubiertos con una persona VIH positiva, bañarse en la misma agua que esta o por medio del sudor están presentes aunque en porcentajes mucho menores (entre 5% y 19%).

En términos de prevención, los y las estudiantes afirman que el uso del preservativo es la forma principal de evitar el contagio (34,6%). Sin embargo, el mayor porcentaje lo tiene en conjunto la abstinencia, el uso del preservativo, la fidelidad y la demostración de no portar el virus por medio de una prueba sanguínea (40,3%). El alto porcentaje que tiene el uso del preservativo como método refleja no sólo la confianza en el mismo sino la poca valoración de los otros métodos.

Del mismo modo, los/as estudiantes muestran alta comprensión sobre la prueba de sangre como método para saber si hay contagio (80,1%). Sin embargo, no existe claridad sobre si el resultado de la prueba es definitivo o si podría fallar, ya que las opiniones a este respecto se encuentran divididas.

Por último, es de conocimiento extendido que el VIH/SIDA puede controlarse por medio de tratamiento médico (71,1%), sin embargo, llama la atención que un 21,2% indica que no existe ningún tratamiento. Siendo así, el hecho de asumir que nada puede hacerse ante un diagnóstico de VIH positivo puede crear una sensación fatalista pues no se considera la portación como un padecimiento crónico, cuya atención adecuada permite una gran calidad de vida. A continuación se presenta una tabla resumen con todos los ítems de conocimiento y sus respectivas frecuencias.

Tabla 4- Ítems sobre conocimiento

	Frecuencia	Porcentaje
<b>El SIDA es una enfermedad que...</b>		
Ataca el sistema digestivo de las personas	20	5,2
Debilita las defensas del cuerpo ante otras enfermedades	<b>292</b>	<b>75,5</b>
Trastorna el funcionamiento de las extremidades superiores e inferiores	31	8
Todas las anteriores	41	10,6
Nr	3	0,8
<b>El VIH se puede transmitir por medio de los siguientes líquidos del cuerpo</b>		
La sangre y el semen	128	33,1
El sudor, la saliva y la leche materna	21	5,4
La sangre, el semen los fluidos vaginales y la leche materna	<b>163</b>	<b>42,1</b>
Todos de los anteriores	73	18,9
Nr	2	0,5
<b>El VIH puede transmitirse por</b>		
Relaciones sexuales sin condón con una persona infectada	83	21,4
Mediante la sangre o por compartir objetos punzo-cortantes	19	4,9
De la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia	7	1,8

Todas las anteriores	<b>277</b>	<b>71,6</b>
Nr	1	0,3
<b>El VIH puede transmitirse también por</b>		
La picadura de un mosquito	69	17,8
Estornudos, tos o sudor de una persona infectada	35	9
Bañarse en una piscina o compartir el servicio sanitario con una persona infectada	29	7,5
	<b>248</b>	<b>64,1</b>
Ninguna de las anteriores	6	1,6
Nr		
<b>Se puede saber si se está infectado con el VIH</b>		
Con sólo la apariencia de la persona	5	1,3
Mediante una prueba de sangre	<b>310</b>	<b>80,1</b>
Por los signos que aparecen en los órganos genitales, pene o vagina	27	7
Todas las anteriores	43	11,1
Nr	2	0,5
<b>Para prevenir la infección por el VIH mediante relaciones sexuales con penetración o con contacto de fluidos de los órganos genitales, se puede optar por</b>		
Abstenerse de tener relaciones sexuales	40	10,3
Tener una pareja a la que se le es fiel, y con un examen que demuestre que no tienen el VIH	55	14,2
	134	34,6
Teniendo relaciones sexuales con condón	<b>156</b>	<b>40,3</b>
Todas las anteriores	2	0,5
Nr		
<b>A pesar de obtener un resultado negativo de una prueba de VIH...</b>		
Una persona aún podría estar infectada	<b>196</b>	<b>50,6</b>
Una persona no podría estar infectada con el VIH	177	45,7
Nr	14	3,6
<b>¿Cómo se transmite el VIH/SIDA?</b>		
Con relaciones sexuales sin preservativo	<b>365</b>	<b>94,3</b>
A través de la sangre	<b>345</b>	<b>89,1</b>
Compartir agujas	<b>331</b>	<b>85,5</b>
Recibir una transfusión de sangre que no ha sido probada para detectar el VIH	<b>315</b>	<b>81,4</b>
De una madre a su bebé	<b>263</b>	<b>68</b>
Compartir navajas de rasurar que no hayan sido desinfectadas	<b>258</b>	<b>66,7</b>
En el sexo oral desprotegido	<b>251</b>	<b>64,9</b>
Por la picadura de un mosquito	72	18,6
Al besar a una persona	60	15,5
Compartir cubiertos con una persona VIH positiva	49	12,7
Bañarse con la misma agua que una persona VIH positiva	41	10,6
Al tocar el sudor de una persona	21	5,4
<b>¿Existe un tratamiento contra el VIH/SIDA?</b>		
Sí, hay un tratamiento que lo cura	25	6,5
Sí, hay un tratamiento para controlar la enfermedad	<b>275</b>	<b>71,1</b>
No, no existe ningún tratamiento	82	21,2
Nr	5	1,3

En términos generales, la información sobre el VIH/SIDA, su transmisión y prevención, se identifica en gran medida. Hay algunos elementos específicos que requieren clarificación, tal es el caso de los fluidos implicados en la transmisión (particularmente la leche materna



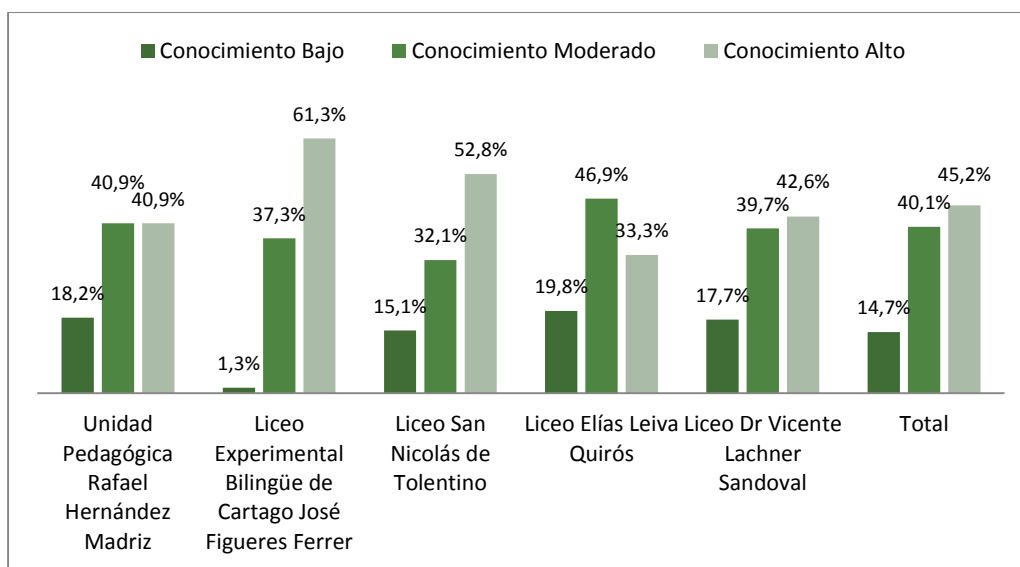
y los fluidos vaginales) así como el riesgo implicado en situaciones específicas (como por ejemplo el sexo oral o compartir navajas de afeitarse), o las formas concretas en las cuales se da el contagio vertical (durante la gestación, el parto o al amamantar).

- Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y su prevención según centro educativo

En la categorización general de los niveles de conocimiento, se tiene que un 45,2% muestra un alto nivel de conocimiento, un 40,1% tiene un nivel moderado, y un 14,7% muestra bajo conocimiento sobre el VIH/SIDA y su prevención.

Al observarse con base en rangos de conocimiento alto/moderado/bajo, tanto en la muestra general como para cada centro educativo se evidencia un conocimiento sobre el VIH/SIDA y su prevención entre moderado y alto, siendo de nuevo el Liceo Experimental Bilingüe de Cartago el que mejor discriminó los mitos y los conocimientos sobre el tema y el Liceo Elías Leiva Quirós el que presenta menores puntajes.

Gráfico 12- Conocimiento sobre VIH/SIDA y su prevención



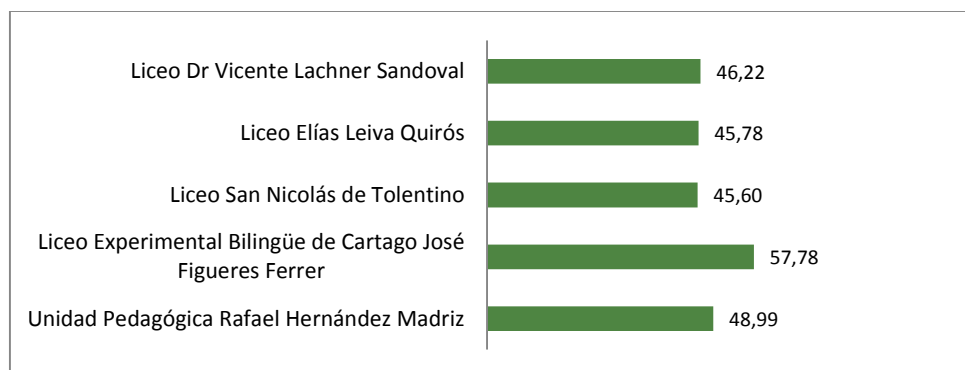
- Índice de conocimiento sobre el VIH/SIDA y su prevención

Al enlazar los ítems anteriores, asociados a la dimensión Conocimiento en una escala global con base 100, se tiene que el Liceo Experimental Bilingüe de Cartago es el único

que sobrepasa los 50 puntos, con 57,78, seguido de la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz, con 48,99, luego el Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval, con 46,22, el Liceo Elías Leiva Quirós, con 45,78, y finalmente el Liceo San Nicolás de Tolentino con 45,60.

Cabe notar que los puntajes son muy semejantes para todos los centros educativos, excepto para el Liceo Experimental que se separa del resto con casi diez puntos de diferencia. El índice global de conocimiento sobre VIH/SIDA y su prevención para toda la muestra es de 48,48.

Gráfico 13- Índice general de conocimiento sobre VIH y su prevención

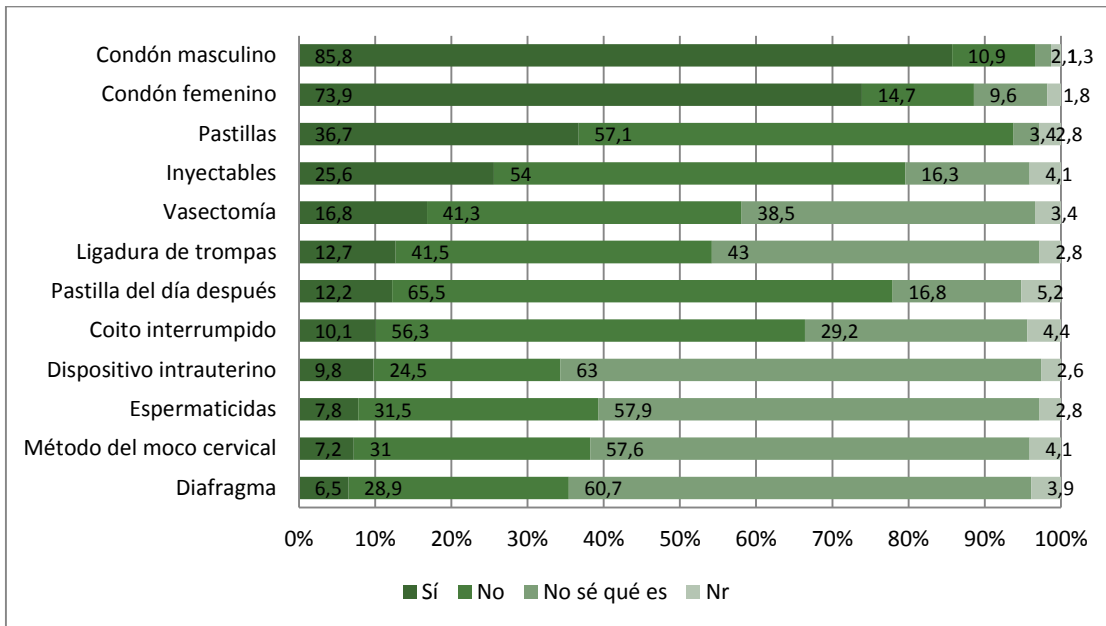


### *Métodos anticonceptivos y prevención de Infecciones de Transmisión Sexual*

En la sección G del instrumento, al asociar métodos anticonceptivos y su capacidad para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS), el preservativo masculino y femenino son señalados mayormente para prevenir la transmisión (entre 73% y 86%). Sin embargo, aunque en porcentajes significativamente más bajos (entre un 25% y 37%), los métodos hormonales como las pastillas o las inyecciones son considerados erróneamente como barreras ante la propagación del virus.

Cabe señalar que el preservativo masculino y las pastillas anticonceptivas, seguidas del preservativo femenino, son los métodos de anticoncepción más conocidos. Los menos conocidos constituyen los dispositivos intrauterinos, el diafragma, los espermaticidas y el método del moco cervical.

Gráfico 14- Métodos anticonceptivos y prevención de ITS

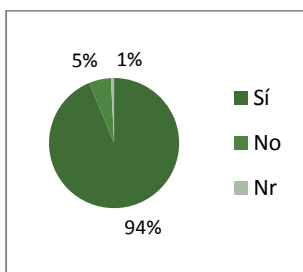


Sección G, ítem único

### Preservativo, su uso y adquisición

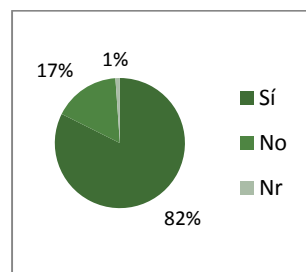
La sección E del instrumento está dedicada al preservativo, y su disponibilidad de uso. El 93,8% ha visto un preservativo. El 82,4% indica saber cómo debe utilizarse. Y 92% señala saber cómo puede adquirirse.

Gráfico 15- ¿Alguna ha visto un preservativo?



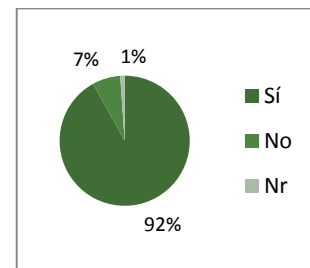
Sección E, ítem 1

Gráfico 16- ¿Sabe cómo debe utilizarse el preservativo?



Sección E, ítem 2

Gráfico 17- ¿Sabe cómo puede conseguir usted un preservativo?



Sección E, ítem 3

### Actitudes hacia el VIH/SIDA

La sección D del instrumento consiste en una serie de afirmaciones en forma de Escala de Likert que apuntan a valorar las actitudes hacia el uso de preservativo, las conductas preventivas y hacia las personas que viven con VIH. Algunos ítems presentan respuestas contundentes mientras que otros muestran amplia variación. Entre los ítems que presentan respuestas más contundentes están:

Tabla 5- Ítems de Actitudes con respuestas contundentes

Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<b>89,30%</b>	6,80%	1,30%	2,60%
<b>80,90%</b>	13,80%	2,10%	3,10%
<b>82,30%</b>	8,90%	2,60%	6,30%
1,60%	2,80%	9,30%	<b>86,30%</b>
2,30%	0,50%	3,60%	<b>93,50%</b>
3,40%	9,40%	26,20%	<b>61,00%</b>
3,40%	6,50%	15,50%	<b>74,70%</b>
3,40%	4,90%	16,90%	<b>74,80%</b>
3,10%	7,00%	16,10%	<b>73,80%</b>
9,90%	17,30%	24,60%	<b>48,20%</b>
6,10%	11,10%	18,50%	<b>64,40%</b>
6,80%	3,70%	13,80%	<b>75,70%</b>
<b>56,40%</b>	23,80%	8,60%	11,20%
<b>69,70%</b>	21,70%	3,90%	4,70%
<b>59,20%</b>	24,10%	11,90%	4,80%
<b>51,90%</b>	26,20%	11,90%	9,90%
7,90%	7,10%	9,40%	<b>75,70%</b>
2,60%	7,60%	17,80%	<b>72,10%</b>

Los colegios no deberían aceptar a una persona con VIH/SIDA	7,00%	2,30%	7,80%	<b>82,80%</b>
Una persona con VIH/SIDA necesita nuestro apoyo y comprensión	<b>82,10%</b>	6,00%	3,60%	8,30%

Contrario a los ítems anteriores, que presenta inclinaciones marcadas, los siguientes se distribuyen porcentualmente de manera diversa:

**Tabla 6- Ítems de Actitudes con respuestas dispersas/heterogéneas**

<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Algo de acuerdo</b>	<b>Algo en desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	
No puedo imaginarme a un/a amigo/a con VIH/SIDA	21,1%	24,0%	22,5%	32,4%
El preservativo reduce el placer del sexo	20,8%	23,5%	21,3%	34,4%
Los condones, aunque estén buenos, pueden dejar pasar el VIH por sus poros	17,5%	29,7%	30,0%	22,8%
Usar preservativo es como bañarse con capa	15,9%	24,5%	22,4%	37,2%
Una mujer VIH positiva tiene derecho a embarazarse	26,1%	30,1%	30,4%	13,3%
La mayoría de la gente que vive con VIH/SIDA se infectó debido a comportamientos irresponsables	25,3%	31,9%	24,5%	18,3%
Si yo estuviera infectado/a con el VIH y le informara a mi pareja acerca de mi estado, ella/él me dejaría	34,7%	29,4%	24,9%	11,1%
Me sentiría cómodo/a compartiendo el baño con un apersona que sé que es VIH positivo	13,2%	32,5%	31,5%	22,8%
Si me enterara de que un/a vendedor/a de comida o vegetales estuviera viviendo con el VIH, me sentiría cómodo/a comprándole	15,4%	27,1%	31,0%	26,6%

- **Índice de actitudes asociadas al VIH/SIDA**

El índice global de actitudes positivas asociadas al VIH/SIDA para todos los centros educativos convertido en escala cien es 76,34. Según las tres subcategorías actitudinales, a saber: actitud hacia las conductas sexuales preventivas, hacia el uso del preservativo y hacia la persona que vive con VIH, se tiene una tendencia generalizada positiva en las tres subcategorías.

Al observar los ítems individualmente, es notable que la actitud hacia la persona que vive con VIH varía según el tipo de afirmación. Las afirmaciones redactadas de manera más

general sobre el respeto, la comprensión y la no discriminación hacia las personas que viven con el virus, suelen tener respuestas muy contundentes de actitudes positivas. Sin embargo, cuando el ítem se refiere a situaciones más específicas o que implican contacto personal, las posiciones son variadas. Éstas se distribuyen a lo largo de todo el rango de la escala y no se acumulan de manera contundente, tal como se da con afirmaciones más generales. Esto habla de una aceptación a nivel racional pero no de una disposición en la vivencia personal.

En el caso de las actitudes hacia el preservativo, se observa una conciencia general sobre su uso responsable y generalizado, para proteger de embarazo no deseado y de ITSs, así como en su correcta manipulación (almacenaje, la no reutilización). Sin embargo, no hay consenso en cuanto a la pérdida del placer relacionada con el preservativo ya que la opinión se divide notablemente.

De igual manera, hay una percepción dividida sobre la porosidad de los preservativos y la posibilidad de que el virus pueda pasar a través de él. Si bien es cierto, el riesgo de contagio existe dada una mala manipulación o fallo del método, los preservativos no son permeables. Otro elemento específico sobre el uso del preservativo que fracciona las posiciones del estudiantado es considerar que su uso es como bañarse con capa. De este modo, relacionar la pérdida de placer con el uso del preservativo implica un mayor riesgo de exposición a conductas riesgosas.

Con relación a las conductas sexuales preventivas, se tienen actitudes positivas en el sentido de que la fidelidad no se asocia únicamente a las mujeres, ni el VIH con la homosexualidad. Igualmente, se observa la conciencia de que es posible el contagio por parte de la pareja aunque el individuo tenga prácticas sexuales seguras. Sin embargo, al colocarse personalmente en la situación hipotética de estar infectado/a se percibe la posibilidad de la ruptura de manera variable, al informar a la pareja sobre el estado serológico. Esto podría implicar situaciones de peligro teniendo en cuenta que el no conversar sobre la portación implica riesgo de contagio.

- Índice de actitudes asociadas al VIH/SIDA según centro educativo

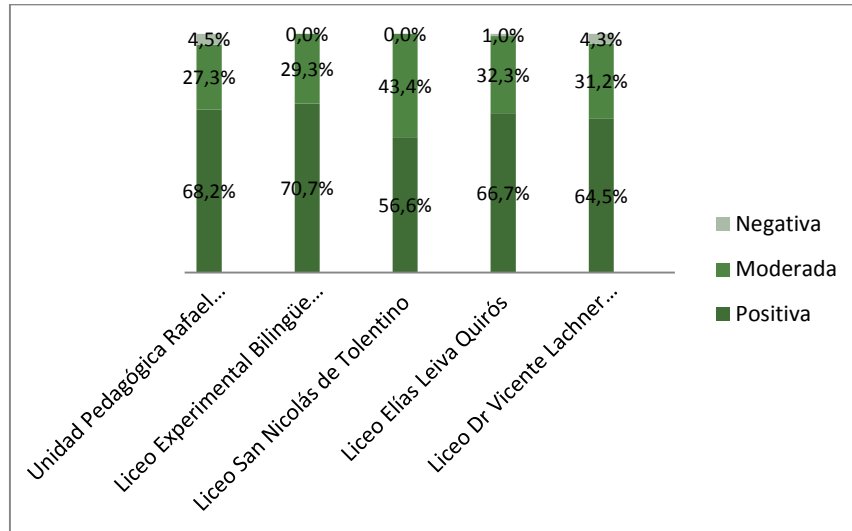
- *Actitud hacia conductas sexuales preventivas*

En el caso de cada centro educativo, todos muestran actitudes positivas en las tres subcategorías (más del 55% de respuestas acumuladas en el extremo positivo). Si bien no es posible hacer un análisis comparativo entre los centros educativos dados los tamaños de muestra, llama la atención que el Liceo Experimental Bilingüe de Cartago acumula las mayores puntuaciones en las tres subcategorías, mientras que el Liceo San Nicolás de Tolentino presenta las menores puntuaciones.

Los otros centros educativos ocupan distintos lugares según la subcategoría. Aunque exista una diferencia importante entre los porcentajes acumulados por el Liceo Experimental Bilingüe José Figueres Ferrer y el Liceo San Nicolás de Tolentino, todos los centros educativos, aún el que puntúa más bajo tiene un alto nivel de actitud positiva hacia el VIH tanto en general como en las categorías específicas.

En el caso de las actitudes hacia las conductas sexuales preventivas, los cinco centros educativos acumulan más del 55% de sus respuestas en el extremo positivo de la escala, y menos del 5% en el extremo negativo. El Liceo Experimental bilingüe de Cartago José Figueres Ferrer acumula mayor puntuación en este sentido, seguido por la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz, el Liceo Elías Leiva Quirós, el Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval y por último el Liceo San Nicolás de Tolentino.

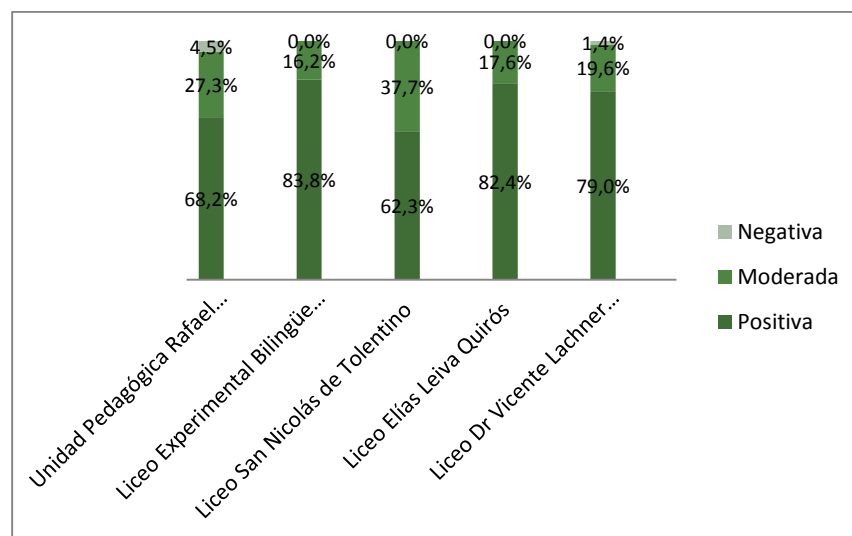
Gráfico 18- Actitud hacia conductas sexuales preventivas según centro educativo



- *Actitud hacia el preservativo*

En cuanto a la actitud hacia el preservativo, todos los centros educativos acumulan más del 60% de su varianza en el extremo positivo de la escala y menos del 5% en el extremo negativo. El Liceo Experimental Bilingüe de Cartago acumula la mayor puntuación, seguido por el Liceo Elías Leiva Quirós, el Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval, la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz y por último el Liceo San Nicolás de Tolentino.

Gráfico 19- Actitud hacia el uso del preservativo según centro educativo

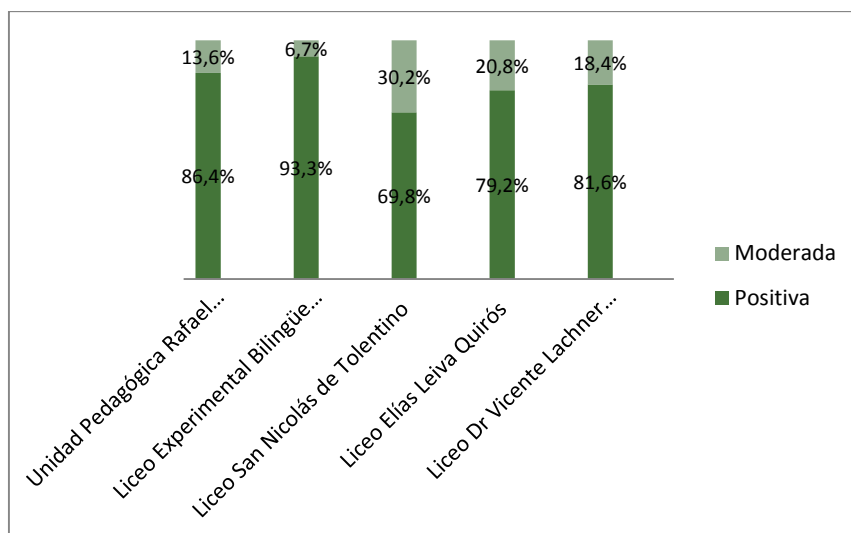




- *Actitud hacia las personas que viven con VIH*

Las actitudes hacia las personas que viven con VIH presentan las puntuaciones más altas y en esta escala ningún centro educativo presenta puntuaciones en el extremo negativo, únicamente positivas y moderadas. El Liceo Experimental Bilingüe de Cartago el que presenta mayor varianza en el extremo positivo, seguido por la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz, el Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval, Liceo Elías Leiva Quirós y por último el Liceo San Nicolás de Tolentino.

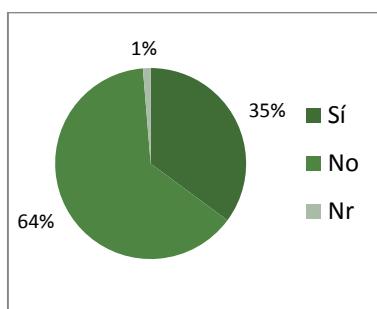
Gráfico 20- Actitud hacia la persona que vive con VIH según centro educativo



### *Prácticas sexuales*

La sección F del instrumento está dedicada a indagar sobre las prácticas sexuales asociadas al VIH/SIDA. El 35% de los/as estudiantes indica haber tenido contacto sexual coital, esto es aproximadamente una de cada tres personas. Por tanto, para el análisis de las prácticas se toma en cuenta la submuestra de personas que han mantenido contacto sexual (136 estudiantes). Tanto en hombres como en mujeres es mayor la cantidad de personas que no ha tenido contacto. En el caso de las mujeres, llama la atención que haya diferencia con respecto a los hombres ya que es considerablemente mayor la cantidad de mujeres que no ha tenido relaciones sexuales. (70% frente a 58,8% de los hombres).

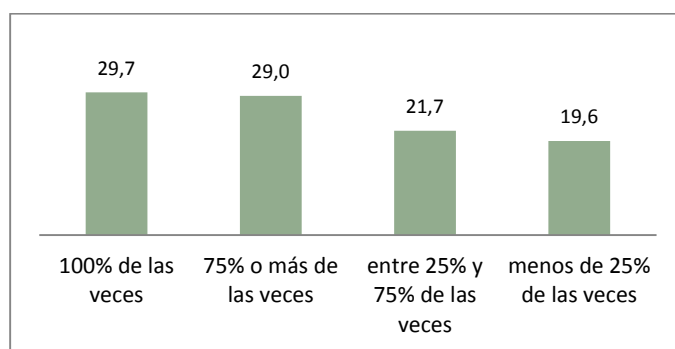
Gráfico 21-¿Ha tenido relaciones sexuales?



Sección F, ítem 1

Se observa gran variabilidad en el uso del preservativo, ya que casi el 60% afirma utilizarlo entre el 75% y el 100% de las veces. Un 29,7% indica usarlo sistemáticamente (100% de las veces), mientras un 19,6% menos del 25% de las veces.

Gráfico 22- Del total de veces... ¿con qué frecuencia ha utilizado el preservativo?

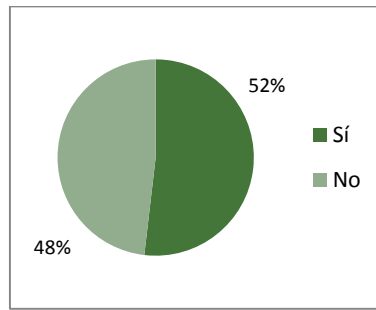


Sección F, ítem 2

Sobre la última vez que se tuvo relaciones sexuales, aproximadamente la mitad de los/as estudiantes (51,9%) señala haber utilizado el preservativo.

A pesar de que sólo un 29,7% lo utiliza sistemáticamente, y de que en la última relación aproximadamente la mitad reconoció su uso, llama la atención que casi el 60% indica utilizarlo al menos el 75% de las veces. Aunque es ideal que sea el 100% de las ocasiones, la utilización del preservativo en alguna medida es más favorable que su no uso del todo.

Gráfico 23- La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿utilizó condón?



Sección F, ítem 3

Sin embargo, el comportamiento de mayor riesgo sobre uso/desuso de preservativo es de las mujeres ya que más del 75% de ellas se arriesga a tener relaciones sin condón mientras que en el caso de ellos son dos terceras partes. Esto se reafirma al indagar sobre la última relación pues son más los hombres que las mujeres quienes afirman haber utilizado preservativo.

Entre la fidelidad y el preservativo como métodos para protegerse del VIH/SIDA, el preservativo tiene mayor peso, pero si se le conjunta con la fidelidad, es la forma de protección más utilizada tanto en hombres como en mujeres. Y es que esta relación alcanza porcentajes alrededor del 40%, que puede considerarse un uso moderado. No obstante, constituye un porcentaje preocupante, siendo que el preservativo es un método efectivo para evitar el contagio.

Los padres de familia son señalados en mayor medida como opciones de diálogo si se diera el caso de enterarse de ser portador/a del VIH. Llama la atención una diferencia significativa entre hombres y mujeres al presentarse la opción de hablar con las personas con las que ha mantenido contacto sexual. Esto porque aproximadamente la mitad de las mujeres indica que lo haría mientras que sólo un 20% de los hombres les informaría en caso de saber que se es portador.

La prueba de sangre es ampliamente conocida como medio para conocer si se es portador/a del virus y más del 80% de la muestra indica que se haría un análisis en caso de sospechas. Sin embargo, en el caso de los hombres, se observa que casi un 20% indica que prefieren

no saber si portan el virus, lo cual constituye una práctica peligrosa dado el riesgo de diseminación.

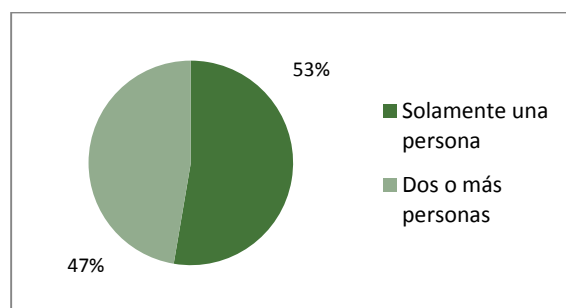
En cuanto al número de parejas sexuales, la muestra general se divide aproximadamente en partes iguales entre quienes han tenido una pareja o más de una. Es notable que a pesar de su corta edad más de la mitad de los/as sexualmente activos dicen haber tenido más de una pareja sexual.

Tanto para hombres como para mujeres la edad de inicio del contacto sexual se ubica en su mayoría entre los 15 y 16 años de edad, pero difiere ligeramente ya que estas acumulan un mayor porcentaje a la edad de 15 y los hombres a los 16.

La extensa mayoría de los y las participantes indica haber tenido su primer contacto sexual por propio deseo y más de la mitad utilizó preservativo en esta ocasión. Sin embargo, más de una cuarta parte de la muestra general no lo utilizó, lo cual constituye una práctica sexual riesgosa. Esta es una situación que se presenta en un porcentaje ligeramente mayor en las mujeres, de las cuales un tercio no utilizaron el preservativo durante su primer contacto sexual.

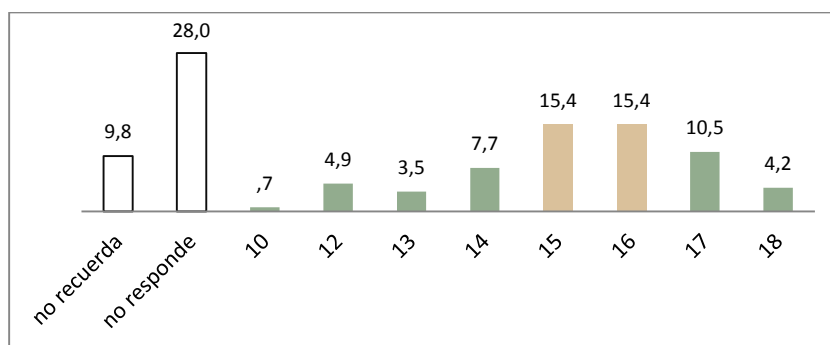
Los resultados muestran, asimismo, que el estudiantado que ya ha tenido relaciones sexuales coitales sigue siendo activo pues la extensa mayoría indica haber tenido relaciones sexuales durante el último año. Esto es especialmente cierto para las mujeres, que superan por alrededor de un 10% a los hombres. Cabe notar que tanto en hombres como en mujeres el contacto se ha dado en su mayoría con una sola pareja, lo cual constituye una práctica sexual protectora

Gráfico 24- Desde la primera vez, ¿con cuántas personas en total ha tenido relaciones sexuales?



Sección F, ítem 7

Gráfico 25- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con penetración?

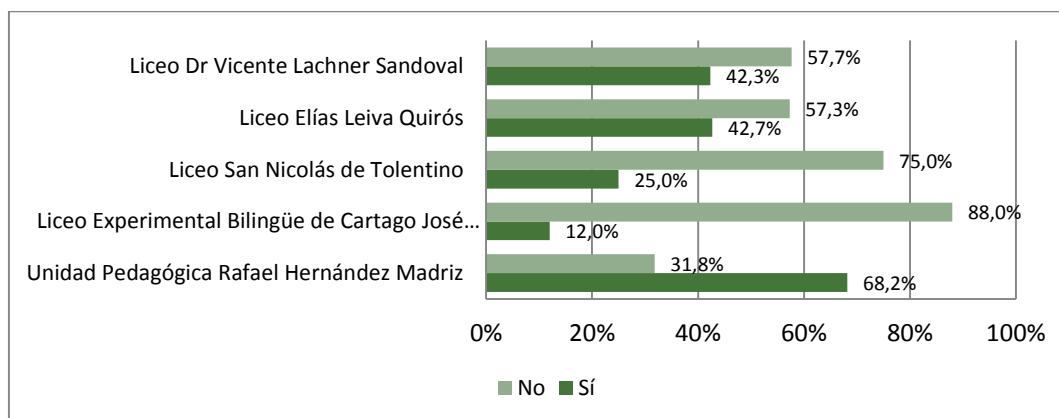


Sección F, ítem 8

- Prácticas sexuales según Centro Educativo

Al observar cada centro educativo por separado, destaca que casi un 70% de los/as estudiantes en la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz reportan haber tenido relaciones sexuales, mientras que en el Liceo Experimental Bilingüe apenas se alcanza un 12%. Este centro educativo, junto con el Liceo San Nicolás de Tolentino son los que presentan menor actividad sexual, mientras que seguido de la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz se encuentran el Liceo Elías Leiva Quirós y el Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval.

Gráfico 26- Contacto sexual según centro educativo

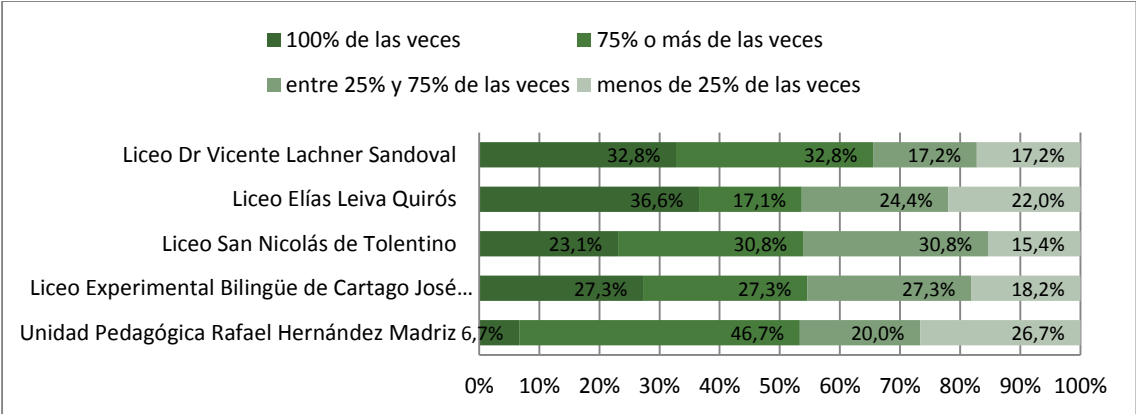


Sección F, ítem 1

En cuanto el uso del preservativo la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz reporta la menor frecuencia de uso en la totalidad de los contactos sexuales, esto es 6,7%, mientras que el Liceo Elías Leiva Quirós reporta el mayor porcentaje de uso sistemático con 36,6%, seguido del Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval (32,8%), el Liceo Experimental Bilingüe de Cartago (27,3%) y el Liceo San Nicolás de Tolentino (23,1%).

El uso infrecuente del preservativo (menos del 25% de las veces) presenta mayor porcentaje acumulado en la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz, seguida del Liceo Elías Leiva Quirós (22%), el Liceo Experimental Bilingüe de Cartago (18,2%), el Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval (17,2%) y por último Liceo San Nicolás de Tolentino.

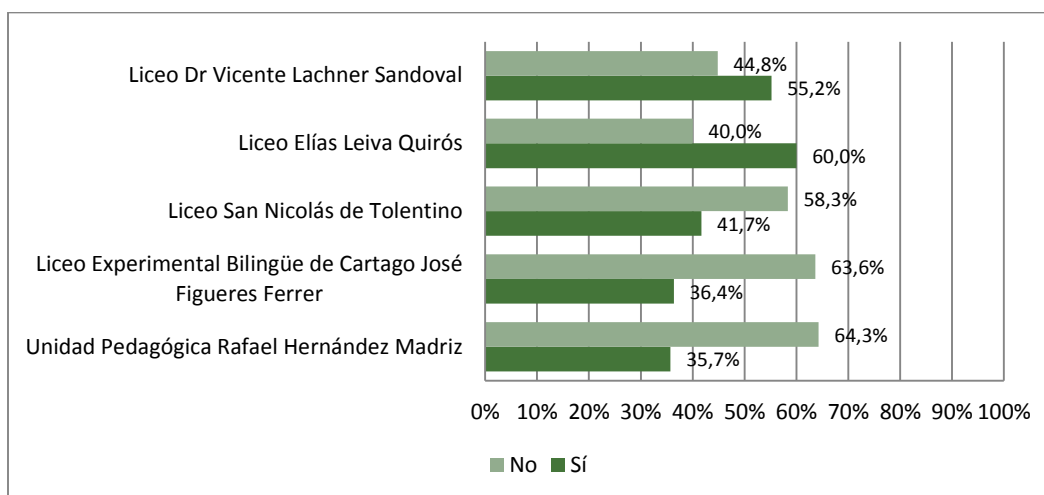
Gráfico 27- Del total de veces... ¿con qué frecuencia ha utilizado el preservativo? Según centro educativo



Sección F, ítem 2

La Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz, es el centro educativo en el que en menor medida se observa el uso del preservativo durante la última relación sexual. Seguido se encuentra el Liceo Experimental Bilingüe de Cartago, Liceo San Nicolás de Tolentino, Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval y por último el Liceo Elías Leiva Quirós. Estos dos últimos son los que obtienen un porcentaje de uso mayor al porcentaje de no uso.

Gráfico 28- La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿utilizó condón? Según centro educativo



Sección F, ítem 3

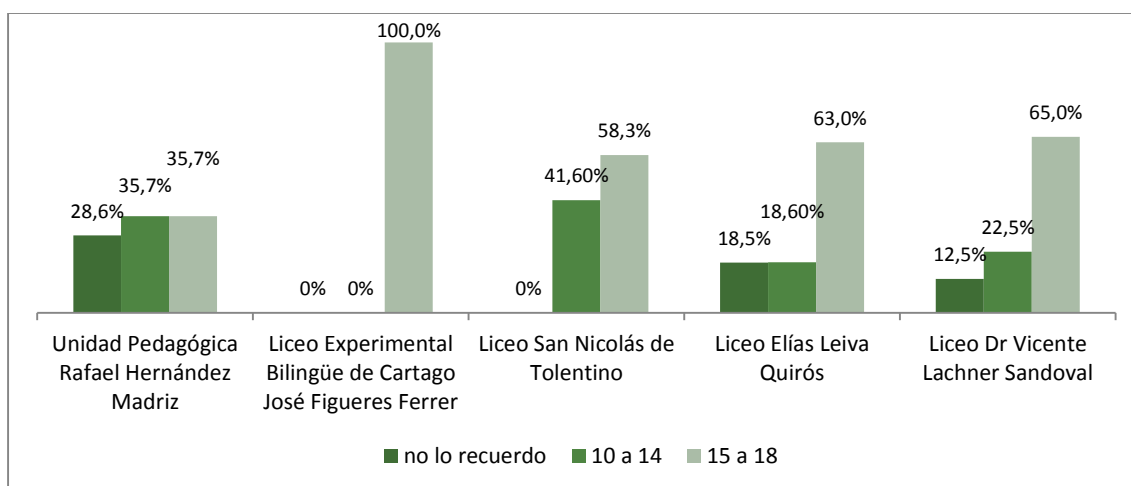
Los/as estudiantes en la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz son los/as únicos/as que reportan en su totalidad haber tenido relaciones sexuales por primera vez por su propio deseo. Aunque esta es tónica general para el resto de la muestra, es notable que en el Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval se presente un porcentaje significativo de personas que prefieren no responder a la pregunta.

Los centros educativos en los cuales hay mayor porcentaje de personas que han tenido dos o más parejas son la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz y el Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval (más del 55% en cada uno), mientras que el menor porcentaje lo tiene el Liceo Elías Leiva Quirós (34,1%), que constituye aún un porcentaje significativo. Considerando que la edad promedio de la muestra es de 16 años, el hecho de que un porcentaje tan alto de personas han tenido más de un/a compañero/a sexual es un elemento fundamental a tomar en cuenta para fomentar conductas sexuales protectoras.

En cuanto a la edad de la primera relación sexual, se ha agrupado por colegio de los 10 a los 14 años y de los 15 a los 18 años. El centro educativo en donde se ha iniciado el contacto sexual más tarde (más de 15 años) es el Liceo Experimental Bilingüe de Cartago con el 100% de los casos, después se ubica el Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval (65%), Liceo Elías Leiva Quirós (63%) y el Liceo San Nicolás de Tolentino (58,3%).

En cuatro de los cinco colegios el porcentaje de estudiantes que ha iniciado el contacto sexual después de los 15 es mayor al de aquellos/as que lo han hecho antes. La excepción es la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz en donde el porcentaje de estudiantes que reporta haber tenido contacto antes y después de esta edad es el mismo (35,7%). En este centro educativo también se reporta el mayor porcentaje de estudiantes que no recuerda cuándo fue su primera relación sexual coital (28,6%). Esto puede indicar que su primer contacto sucedió hace mucho tiempo y, dado el inicio temprano del contacto sexual incrementa la vulnerabilidad en salud sexual, constituye una señal de alerta.

Gráfico 29- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con penetración? Según centro educativo

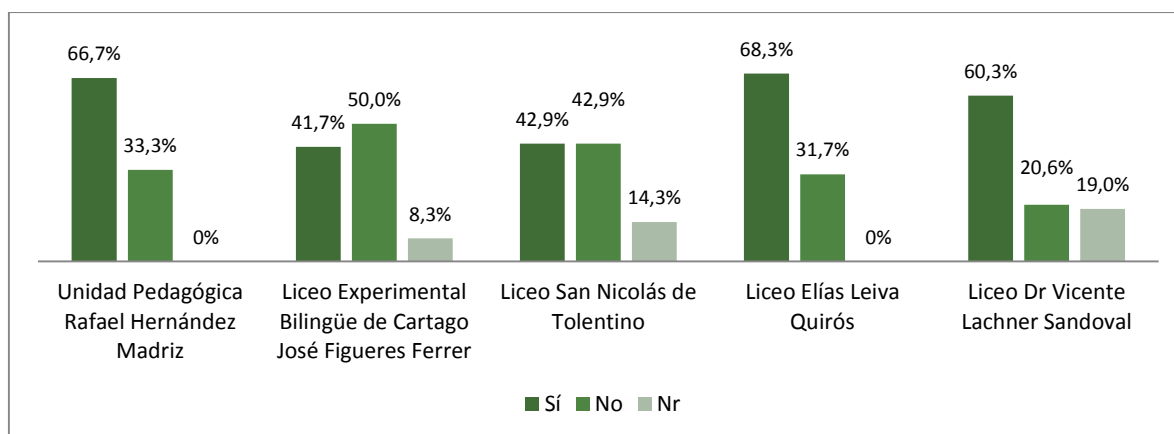


Sección F, ítem 8

El uso del condón durante la primera relación es alto para todos los centros educativos, en especial, para el Liceo Elías Leiva Quirós, la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz y el Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval. Sin embargo, en el caso del Liceo San Nicolás de Tolentino y el Liceo Experimental Bilingüe de Cartago el porcentaje de uso es menor a la mitad de los casos, lo cual, supone una situación riesgosa. Aun así, hay que considerar que estos son los centros educativos donde se reporta en menor medida el inicio de la actividad sexual. Aunque en general se observa un uso moderado del preservativo, preocupa un porcentaje entre el 20% y el 50% que no lo utiliza durante la primera relación sexual, situación riesgosa en sí misma y que puede perpetuarse en futuros contactos sexuales.



Gráfico 30- ¿Utilizó (o su pareja utilizó) un condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales? Según centro educativo



Sección F, ítem 10

En todos los centros educativos se observa un uso no sistemático del preservativo en más de un 60%. La Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz presenta mayor situación de riesgo, pues en esta se reporta el menor uso sistemático del preservativo y el mayor acumulado en el uso infrecuente. Después se ubica el Liceo San Nicolás de Tolentino, en el cual más de tres cuartas partes de su muestra no utilizan sistemáticamente este dispositivo.

Son el Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval y el Liceo Elías Leiva Quirós los centros educativos que mayor porcentaje de uso sistemático acumulan, y en los que se reporta mayormente que durante la última vez que se tuvo relaciones sexuales se utilizó el preservativo. La situación de riesgo se ratifica para la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz, ya que es el centro educativo, junto con el Liceo Experimental Bilingüe José Figueres Ferrer, en el que se reporta menor uso del preservativo durante la última relación sexual.

Destaca que en todos los centros educativos, aquellas personas que ya han tenido contacto sexual se mantienen activas en su mayoría. Y que esta actividad se ha dado mayormente con una sola persona.

Aunque hombres y mujeres señalan en su mayoría haber tenido una pareja sexual durante el último año, este porcentaje es mayor en las mujeres (81,6%) que en los hombres (66%),

mientras que los porcentajes de personas que afirman haber tenido dos parejas, corresponden a un 15,1% de las mujeres y un 8,2% de los hombres. Menores porcentajes se observan para quienes han tenido tres parejas sexuales, 7,5% de los hombres y 2% de las mujeres. Las dos personas que reportaron haber tenido ocho parejas sexuales fueron mujeres. Además, un 11,3% de los hombres y 4,1% de las mujeres afirman no haber tenido contacto sexual en el último año.

En el caso de los métodos para protegerse del VIH/SIDA, el Liceo Experimental Bilingüe José Figueres Ferrer destaca por ser el único en el cual se reporta mayor uso de la fidelidad por sí sola que su práctica en conjunto con el preservativo, lo cual concuerda con la observación anterior de que este centro educativo se posiciona tercero en cuanto al uso sistemático del preservativo. En los otros centros educativos, el uso combinado de preservativo y fidelidad es el que presenta los mayores porcentajes.

El Liceo San Nicolás de Tolentino es el que en mayor medida reporta el uso conjunto de preservativo y fidelidad y es el único en el cual no se indica la abstinencia como forma de protección. Es notable que tanto en este como en el Liceo Experimental Bilingüe José Figueres Ferrer no se observe la no protección contra el contagio, situación que es reportada por los otros centros educativos en porcentajes entre el 5% y el 8%. Es un porcentaje bajo pero aun significativo, ya que hay un pequeño grupo de estudiantes que no lleva a cabo prácticas sexuales seguras.

La prueba sanguínea como modo de conocer el estado serológico en caso de pensar en la posibilidad de estar infectado/a es el modo de actuar predominante, aunque llama la atención que en el Liceo Experimental Bilingüe José Figueres Ferrer hay un porcentaje significativo de estudiantes que indican preferir no conocer si se encuentran infectados/as, el cual es más elevado que en otros centros educativos (37,3%).

Hay algunas particularidades en los centros educativos sobre las personas a las que acudirían en caso de enterarse de estar contagiado/a. Para todos los centros educativos los padres ocupan el primer lugar aunque con algunas diferencias importantes. En el Liceo San Nicolás de Tolentino se reporta en su totalidad que hablaría con ellos, mientras que en el

Liceo Experimental Bilingüe José Figueres Ferrer se observa una notable diferencia con un 54%. Este es el centro educativo con menor porcentaje asociado a los padres.

El dialogo con las personas con las que se ha tenido contacto sexual presenta notable varianza, siendo en la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz (66,7%) donde se presenta en mayor medida y en el Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval en menor porcentaje (18,9%). Los/as amigos/as, por su parte no presentan porcentajes más allá del 17%, con excepción del Liceo Experimental Bilingüe José Figueres Ferrer en donde estos tienen un porcentaje del 36,4%.

Lo anterior, revela un panorama en el cual los padres son las figuras de apoyo más tomadas en cuenta, pero la variabilidad es amplia en cuanto a informar a la o las personas con las que se ha tenido contacto sexual, lo cual implica una situación riesgosa de dispersión del virus.

### *Indicadores resumen*

En este apartado se exponen los indicadores resumen elaborados para cada centro educativo según los procedimientos de análisis señalados anteriormente. Esto incluye una medida global de actitud y las subcategorías correspondientes (actitudes hacia quienes viven con VIH, hacia las conductas preventivas y hacia el uso del preservativo).

Además una medida global de conocimiento sobre el VIH/SIDA y su prevención. Y por último, tres escalas relativas a las prácticas sexuales, específicamente en relación al uso del preservativo: uso sistemático (100% de las veces), uso regular (al menos 75% de las veces) y uso durante el último contacto sexual. Todas las categorías se han convertido a escalas de 0 a 100 para facilitar la interpretación.

Entre las tres dimensiones principales, la de actitud es la que más alto puntúa para todos los centros educativos. Tanto en la escala global de actitud como en las subcategorías se observan puntajes entre moderados y altos. En el caso de la actitud hacia la persona que vive con VIH, que es la subcategoría que tiene los puntajes más altos, el Liceo Experimental Bilingüe José Figueres Ferrer tiene el primer lugar y el Liceo San Nicolás de Tolentino el último. Este último se separa en mayor medida de los demás, ya que los otros cuatro tienen puntajes similares.

La Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz tiene los menores puntajes en cuanto a la actitud hacia las conductas sexuales preventivas y hacia el uso del preservativo. Aunque son los menores, no son especialmente bajos y pueden considerarse como actitud positiva moderada. En la escala global que conjuga las tres subcategorías, es el Liceo San Nicolás de Tolentino el que presenta la menor puntuación.

Para el caso de la dimensión conocimiento, ningún centro educativo superó el 50% en la escala, salvo por el Liceo Experimental Bilingüe José Figueres Ferrer. El centro educativo que tuvo menor puntuación fue el Liceo San Nicolás de Tolentino.

Al considerar las prácticas, se observa que en la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz es en la que menos se reporta el uso sistemático del preservativo y el uso durante la

última relación sexual. El Liceo Elías Leiva Quirós tiene el menor porcentaje acumulado en el uso regular pero el mayor en el uso sistemático y durante la última vez.

En términos generales, la muestra posee niveles de conocimiento, actitudes que se podrían considerar moderados. Con respecto a las prácticas, hay una variabilidad significativa. Tómese en cuenta el peso específico para la muestra por centro educativo, dado que los pesos relativos se ven afectados por el tamaño de la misma.

Tabla 7- Índices resumen por centro educativo

	<b>Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz</b>	<b>Liceo Experimental Bilingüe de Cartago</b>	<b>Liceo San Nicolás de Tolentino</b>	<b>Liceo Elías Leiva Quirós</b>	<b>Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval</b>
<b>Actitud</b>					
Hacia la persona que vive con VIH	77,18	<b>81,25</b>	<b>70,31</b>	79,14	79,05
Hacia conductas sexuales preventivas	<b>65,91</b>	<b>75,56</b>	67,92	67,71	69,24
Hacia el uso del preservativo	<b>64,29</b>	77,17	67,06	<b>79,79</b>	75,05
Actitud global	69,13	<b>77,99</b>	<b>68,43</b>	75,55	74,45
<b>Conocimiento</b>	48,99	<b>57,78</b>	<b>45,60</b>	45,78	46,22
<b>Práctica (uso del preservativo)*</b>					
Uso sistemático	<b>6,70</b>	27,30	23,10	<b>36,60</b>	32,80
Uso regular	<b>46,70</b>	27,30	30,80	<b>17,10</b>	32,80
Uso en la última vez	<b>35,70</b>	36,40	41,70	<b>60,00</b>	55,20

\*Base de cálculo: 136 estudiantes que han reportado haber tenido contacto sexual coital.

Específicamente, las actitudes destacan como el aspecto más positivo, siendo en especial las relacionadas a las personas que viven con VIH, las mejores evaluadas de todo el instrumento. En segundo lugar, se muestra una actitud positiva hacia el uso de preservativo, seguido de buenas actitudes hacia las conductas sexuales preventivas. El Liceo San Nicolás de Tolentino es el que muestra un porcentaje menor en cuanto a la medida global de actitud.

El nivel de conocimiento puede catalogarse como moderado, donde destacan los puntajes del Liceo Experimental Bilingüe de Cartago como la institución que tiene una mejor evaluación. El Liceo San Nicolás de Tolentino tiene el menor puntaje aunque se encuentra muy cercano a los otros centros educativos.

La situación se observa heterogénea respecto a las prácticas (debe recordarse que aproximadamente un tercio de la población reporta haber tenido o tener actividad sexual). El uso sistemático del preservativo presenta porcentajes bajos, lo cual debe considerarse con la cantidad relativa de personas que han tenido relaciones sexuales por institución (en ambos extremos están la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz con un 68,2% y el Liceo Experimental Bilingüe José Figueres Ferrer con un 12%) y la muestra abarcada, aproximadamente proporcional a la población de décimo año en cada institución.

El uso regular del preservativo mejora sus porcentajes respecto al uso sistemático para todos los centros educativos excepto para el Liceo Elías Leiva Quirós en donde el uso sistemático supera al regular.

El Liceo Dr. Vicente Lachner Sandoval presenta los mejores porcentajes al observar los tres elementos relacionados a prácticas en conjunto. Este centro educativo es, asimismo, el que tiene mayor muestra. Si se toma en cuenta como criterio el uso sistemático del preservativo, es el Liceo Elías Leiva Quirós el que presenta mejor resultado. Por otro lado, en la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz se observa el menor uso sistemático del preservativo y el menor porcentaje de uso durante la última relación sexual. En este centro educativo es donde, proporcionalmente, hay mayor cantidad de estudiantes que han tenido contacto sexual.

El Liceo Experimental Bilingüe José Figueres Ferrer resalta, ya que aunque los/as estudiantes sexualmente activos son menos, proporcionalmente comparados con los otros centros educativos, aquellos que sí mantienen contacto sexual presentan una situación de vulnerabilidad, dado que son los que menos reportan haber utilizado el preservativo la última vez, y en las otras dos categorías prácticas se encuentran en penúltimo lugar.

Desde una perspectiva general en los hallazgos cuantitativos, son la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz y el Liceo San Nicolás de Tolentino los centros educativos en los cuales se observa mayor situación de vulnerabilidad en cuanto a la vivencia de una sexualidad segura, siendo más claro en caso de la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz.

## Entrevistas y grupos focales

En este apartado se encuentra la recapitulación de las categorías cualitativas recogidas de las entrevistas semi estructuradas con docentes de ciencias y profesionales en orientación, así como de grupos focales en los que participaron estudiantes de cada institución educativa. Participaron en los grupos focales un total de noventa y seis estudiantes, cuarenta y cuatro mujeres y cincuenta y un hombres. Diez docentes, cinco orientadoras/es y cinco profesoras/es de ciencias, colaboraron en las entrevistas semi estructuradas.

Producto de la codificación utilizada se extrajeron las categorías que se describirán a continuación. Al final de cada una se presenta las ideas principales a modo de síntesis.

## *Formación en sexualidad*

La posición general de los/as docentes es que la formación en sexualidad que posee el estudiantado es poca. Aunque consideran que su disponibilidad es mucha, cuestionan su confiabilidad, puesto que sus fuentes, sobre todo de internet o amistades, no son necesariamente confiables. Sin embargo, dado que la población estudiantil es heterogénea, también lo es la formación en sexualidad que posee.

Yo diría informados tal vez pueda que mucho pero de qué manera... ese es el problema. Muchos no tienen esa apertura tal vez de hablar con el padre de familia del uso del condón, entonces obviamente... Por ejemplo ahora un chiquillo me decía “profe ahora me metí internet y decía un anuncio que si quería prevenir el SIDA que usara Durex”. Entonces esa información la tienen de medios de comunicación y el internet pero no existe una guía que acompañe y que explique. (Docente de Ciencias).

Similarmente, si bien existe curiosidad entorno a la temática de sexualidad, coexiste la pena o vergüenza por parte de los y las jóvenes de buscar información dentro del mismo centro educativo o la familia. En la propia institución, el cuerpo docente reconoce que en ocasiones la información no es atinente a los propios intereses o necesidades del estudiantado.

Una preocupación del personal docente es que el estudiantado, dada su propia curiosidad, no se ocupe de buscar y recurrir a fuentes de información confiables, como libros o documentales educativos, sino a personas cercanas o entre pares, quienes no necesariamente poseen conocimiento adecuado. Y esta falta de adecuada formación sale a la luz cuando se aborda la sexualidad en clase.

Cuando la temática de sexualidad se aborda en clase los/as docentes perciben falta de formación básica desde los aspectos biológicos, hasta aspectos prácticos como el uso adecuado del preservativo. Sin embargo, este último no es tratado extensivamente en clase y cuando lo es, se trata mayormente de una orientación puramente informativa y breve.

Adicionalmente, los mitos sobre el contacto sexual son extendidos, sobre todo lo relacionado con prácticas seguras de anticoncepción, como en el caso del coito interrumpido, que en ocasiones se observa como una forma de evitar el embarazo.

Se percibe, además, que la formación en el hogar es mínima o nula y no supe las necesidades que tiene los y las jóvenes. En ocasiones, los padres de familia son vistos como desentendidos en torno a esta responsabilidad, ya que dan por hecho que el centro educativo se encarga, o por otro lado, temerosos o con poco conocimiento para abordar la sexualidad desde el ámbito del hogar. A pesar de esto, la formación en el hogar es percibida como fundamental por parte del personal docente, ya que la responsabilidad no debe recaer únicamente en el centro educativo.

    Todavía sigue siendo un caso, porque cuando es solamente de trabajarlo aquí, también del hogar y la responsabilidad también de los padres porque muchas veces creemos que hay un programa entonces que el colegio se encarga y no es así. (Orientadora).

Por otro lado, este temor desde las familias en lo que respecta a la sexualidad también se asocia con su reacción al propio PEASI implementado por el MEP en los niveles de Séptimo a Noveno. En ocasiones las familias se muestran reticentes a permitir que los/as estudiantes reciban la clase por temor a exponerlos/as prematuramente a la exploración de la sexualidad. Sin embargo, el PEASI no es visto por el personal docente, especialmente



docentes de ciencias, como alentador de las conductas de riesgo o la sexualidad precoz, sino, por el contrario, como herramienta de prevención.

### Ilustración 3- Categoría cualitativa: Formación en sexualidad

Aunque el estudiantado tiene acceso a gran cantidad de información, la formación en sexualidad que posee es pobre en calidad, pues las fuentes no son confiables.

El conocimiento sobre el uso correcto del preservativo a nivel práctico es escaso.

La población estudiantil adolescente es heterogénea, y se encuentran personas con amplia formación en sexualidad, así como con serias limitaciones.

Existen mitos sobre prevención del embarazo; hay carencia de información básica sobre sexualidad por parte los y las estudiantes.

Al tiempo ellos y ellas sienten curiosidad e interés en formarse, también se observa pena o vergüenza de hablar o preguntar sobre sexualidad en la familia o el centro educativo.

Debilidad en la formación sobre sexualidad desde los hogares.

### *Conocimientos sobre VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual*

Según el personal docente (tanto orientadores/as como profesores/as de ciencias) entre los y las estudiantes se observa un conocimiento general sobre las formas de transmisión del virus, en particular en lo que concierne al contacto sexual sin protección. Esta protección se constituye principalmente del uso del preservativo.

Con relación a la forma de actuar del virus en el cuerpo, aunque se conoce en qué consiste la manifestación del síndrome, no tienen clara la diferencia entre portar el VIH y los síntomas propiamente del SIDA. En general, conocen que la transmisión del virus no se da únicamente entre personas homosexuales y hay un entendimiento de que el contacto físico diferente del sexual o el sanguíneo no acarrea riesgo de contagio. Sin embargo, aunque el prejuicio sobre la relación entre las prácticas homosexuales y el VIH no es generalizado, aún existe en menor medida, al igual que algunas creencias erróneas sobre compartir utensilios o los besos.

Poco. Ellos saben qué es el SIDA pero tal vez de las causas como tal... Tal vez obviamente sepan que se contrae por la relación sexual pero no saben que no es sólo eso. No es sólo la parte coital. Ellos tal vez no tienen ese conocimiento de consecuencias, de protección (Docente de Ciencias)

Otras formas de transmisión como la transfusión o el uso compartido de jeringas no son relacionadas de manera tan contundente con la transmisión del virus como la vía sexual.

El VIH es ampliamente conocido por la población consultada como infección que se transmite sexualmente y por sangre en mayor medida. En menor medida, otras infecciones conocidas por el estudiantado, tales como la producida por el Virus del Papiloma Humano, la gonorrea, sífilis y el herpes genital. Las manifestaciones físicas de distintas ITS son desconocidas en general.

Específicamente sobre la prevención del contagio del virus, conviven al mismo tiempo informaciones correctas con creencias erróneas sobre las formas de contagio. Existe el conocimiento general de que compartir espacios u objetos no acarrea riesgo de transmisión, sin embargo, ante situaciones específicas como compartir una piscina, comida o ropa se observan algunas dudas o negativas, dado el caso de que se presentasen en una situación personal.

Aunque es de conocimiento extendido que una prueba de sangre es la forma de diagnóstico de la portación del virus, se observa un caso de creencia errónea en lo correspondiente a la prueba del Papanicolaou como forma de detección del virus.

Ilustración 4- Categoría cualitativa: Conocimientos sobre VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual

El VIH es ampliamente conocido como infección de transmisión sexual.

El estudiantado posee un conocimiento básico/general sobre el VIH y el SIDA.

Carencia de conocimiento específico.

Otras ITS son menos conocidas.

Aunque hay entendimiento generalizado sobre los mitos alrededor de la transmisión, en situaciones específicas de la vivencia cotidiana se observan creencias erróneas.

Prueba de sangre es ampliamente conocida como modo de detección del virus.

### *Métodos anticonceptivos*

Tanto la esponja vaginal como el diafragma son poco conocidos y percibidos como invasivos dado que tiene que insertarse, especialmente para las mujeres que no han tenido contacto sexual. En ocasiones se desconoce si deben usarlos el hombre o la mujer, aunque se intuye que funcionan como métodos de barrera.

En el caso del preservativo masculino, este es un método ampliamente conocido, tanto para prevenir el embarazo como la transmisión de ITS, así como en su modo de uso a nivel general y en las maneras de adquirirlo. Aunque se conoce su modo de uso, el estudiantado manifiesta la necesidad de aprender a manipularlo correctamente.

Asimismo, la formación recibida en los centros educativos respecto a su uso es poca o nula. Se percibe al preservativo, sobre todo los hombres, como un buen amigo que debe tenerse al alcance. En ocasiones se relaciona el uso del preservativo con contacto sexual casual con una persona desconocida.

Estudiante: (Sobre el preservativo) El mejor amigo del hombre.

Estudiante: El salvatandas.

Estudiante: Salvador. (Grupo focal con estudiantes hombres).

El preservativo femenino, aunque se conoce de su existencia, no hay entendimiento sobre la forma de uso. Aun así es asociado con protección no sólo del embarazo sino de ITS, ya que es equiparado con el preservativo masculino. Este método es menos rechazado que otros que se insertan en el canal vaginal como el diafragma o la esponja vaginal, sin embargo se prefiere el masculino en mayor medida.

La vasectomía es vista en general por los estudiantes como una forma viable de prevención del embarazo una vez se hayan tenido los hijos que se desean, aunque se observan dudas respecto al arrepentimiento o el miedo a someterse a la cirugía.

La ligadura de trompas es un método conocido aunque asociado con frecuencia a ineffectividad y del cual no hay claridad en su funcionamiento. En algunos casos hay rechazo hacia el sometimiento a una cirugía.

Con respecto a los dispositivos intrauterinos, se sabe que existen aunque no hay claridad en cuanto a su funcionamiento. Asimismo, en ocasiones, estos dispositivos son percibidos como ineffectivos e incluso peligrosos, ya que pueden afectar la fertilidad al dañar el útero o para la gestación en caso de que se dé un embarazo.

Los anticonceptivos orales son ampliamente conocidos en su función, sin embargo en ocasiones se asocian con dudosa efectividad o con consecuencias adversas, sobre todo en el caso de las mujeres. Aunque su forma de funcionamiento general es conocida, existen dudas sobre el orden en que deben tomarse o con cuánto tiempo antes de tener contacto sexual se deben empezar a emplear, en especial en las mujeres.

En el caso de la inyección anticonceptiva es de conocimiento generalizado, sin embargo no hay claridad en su modo de uso. Además, en algunos casos se asocia con ineffectividad. Entre las mujeres hay dudas sobre su uso y las repercusiones que puede tener en el cuerpo (peso, desequilibrio hormonal, molestias o incapacidad para embarazarse posteriormente).

Es de conocimiento generalizado que ningún método anticonceptivo, excepto por el preservativo, protege contra la transmisión de ITS. Aún así, en algunos casos se observa malentendido respecto de la inyección, ya que puede confundirse con la inyección contra el Virus del Papiloma Humano.

#### Ilustración 5- Categoría cualitativa: Métodos anticonceptivos

Conocimiento generalizado sobre el preservativo, su funcionamiento y capacidad de protección contra infecciones de transmisión sexual.

Necesidad de aprender su colocación correcta.

Preservativo femenino es percibido como igualmente beneficioso que el preservativo masculino aunque menos conocido.

Salvo las pastillas y la inyección anticonceptiva, otros métodos son poco o nada conocidos.

En general, el estudiantado reconoce que los preservativos, especialmente el masculino, pueden prevenir el contagio.

Están consciente de que ningún método, salvo el preservativo (masculino y femenino), puede prevenir la transmisión de ITS, sin embargo, existen algunas creencias erróneas respecto a las inyecciones y su capacidad para prevenirlas.

Otras creencias erróneas respecto a la pastilla anticonceptiva incluyen el orden de la toma o el tiempo en que deben empezar a tomarse antes del contacto sexual.

Métodos de naturaleza insertiva, como el diafragma y la esponja vaginal, se perciben como invasivos, en especial en estudiantes mujeres que no han tenido contacto sexual.

#### *Actitudes hacia la sexualidad y VIH/SIDA*

##### Actitudes hacia el contacto sexual

La seguridad a la hora de mantener contacto sexual es un elemento deseable para el estudiantado, sobre todo cuando se trata de encuentros casuales, y en este caso, el uso del

preservativo es fundamental. Los encuentros sexuales casuales son valorados en mayor medida por los estudiantes varones, quienes en ocasiones plantean que dada la posibilidad de que se dé, aún con una persona desconocida, es deseable el uso del preservativo aunque no indispensable.

Esto sobre todo cuando medie el alcohol o un contexto de riesgo similar, aun sabiendo que lo más razonable es no incurrir en una situación peligrosa, ya que al tener una oportunidad de encuentro sexual, no tomarla se vuelve una decisión difícil y que depende del momento.

Aunque el contacto sexual casual es más aceptado por los hombres, en su mayoría es fuertemente asociado con una relación más estable y de confianza, y esto es aún más marcado en el discurso de las mujeres. Sin embargo, la confianza, no necesariamente se deriva del tiempo que lleve conformada la pareja, sino de la intimidad emocional que se genere en la dinámica de pareja, que puede abarcar desde días hasta meses.

Facilitadora: ¿Cuánto tiempo habría que conocerla?

Estudiante: Depende. Yo diría que mínimo un mes, mejor un año.

Estudiante: Es que depende de la chavala, de la vibra que ella le dé.

Estudiante: Yo diría que no hay un tiempo, sólo hay que conocerla.

Estudiante: Es que depende, si es sólo es para tener sexo, hay que ver si se la juega uno.

Estudiante: Si uno está en una relación es diferente. (Grupo focal con estudiantes hombres).

A pesar de que la creencia popular indica que los varones están siempre deseosos y preparados para el contacto sexual, esto no es siempre cierto, puesto que muchos indican no poseer madurez suficiente para tener ese tipo de contacto con alguien. Sin embargo, las mujeres, comparten ampliamente este criterio y describen a los hombres como constantemente deseosos o pensando en tener relaciones sexuales.

El contacto sexual, no obstante, no está necesariamente asociado a las relaciones de pareja siendo que estas implican compañía, intercambio de sentimientos, apoyo y pueden existir sin necesidad de que se dé el coito.

### Ilustración 6- Categoría cualitativa: Actitudes hacia el contacto sexual

El contacto sexual es mayormente asociado con una relación de pareja establecida.

Sin embargo, las relaciones de pareja pueden existir sin necesidad de contacto sexual.

Las estudiantes valoran mayormente el contacto sexual en un contexto de confianza con la pareja.

Los estudiantes valoran en mayor medida los encuentros casuales y están más dispuestos a utilizar el preservativo en este tipo de contacto sexual que en una relación de pareja establecida.

Los ambientes poco supervisados o contextos en los que se facilite el consumo de sustancias constituyen un aliciente para encuentros sexuales sin protección.

La confianza con la pareja está más asociada al nivel de intimidad emocional percibido que al tiempo en pareja.

Desde la percepción femenina, los adolescentes están constantemente deseosos o preparados para mantener contacto sexual, sin embargo, para los varones esto no es necesariamente cierto.

### Actitudes hacia las personas que viven con VIH

Se da una aceptación general hacia las personas que portan el VIH, sobre todo cuando se habla a título personal. En este sentido, las personas que viven con el virus son plenamente aceptadas, dignas de apoyo y comprensión, y con derecho y capacidad de participar normalmente de las actividades en una comunidad.

Sin embargo, desde una perspectiva más indirecta, sin pasar por el propio juicio personal sino enmarcando este de forma más global, al aludir a “la gente”, por ejemplo, en ocasiones se presentan juicios negativos en torno a la promiscuidad y la irresponsabilidad como elementos precipitantes del contagio lo cual lleva a una actitud negativa hacia a la persona. Las actitudes negativas son menores a sabiendas de cómo se ha dado el contagio, por ejemplo, el caso de un bebé que lo porte desde el nacimiento.

Facilitadora: ¿Qué pasaría si ustedes se dan cuenta que tiene un familiar infectado con VIH o SIDA?

Estudiante: Sí, yo creo que hay que aceptarlo.

Facilitadora: Pero ¿qué pensarían ustedes?

Estudiante: Di, yo le preguntaría cómo se infectó

Estudiante: La verdad yo no sabría qué hacer. (Grupo focal con estudiantes hombres).

Parte del estudiantado hace una diferencia respecto a la forma en que ellos/as reaccionarían ante una persona que porte el virus, versus la de sus padres o el resto de la comunidad. Esta diferencia radica en la educación recibida y resalta el hecho de que otras generaciones o personas menos educadas reaccionarían negativamente por no tener suficiente conocimiento. El estudiantado, por su parte, se posiciona diferente ya que se considera más educado y por ende, más abierto, comprensivo y respetuoso de las personas. Otros/as estudiantes, sin embargo, abiertamente indican el rechazo a la persona y una actitud negativa hacia esta, sobre todo tomando en cuenta la forma del contagio, tal como se mencionó anteriormente.

Dado que existe un conocimiento extendido sobre cómo se transmite el virus, es notable que las actitudes positivas hacia las personas que portan VIH se relacionen con que el hecho de que el contagio no se da por contactos cotidianos (compartir espacios, abrazos, entre otros) y por tanto el estudiantado se inclina al respeto, al apoyo para con la persona. Sin embargo, cuando se trata de situaciones específicas que implican contacto próximo como compartir objetos personales o alimentos, hay menos aceptación de la persona y a su interacción.

Los y las jóvenes aceptan que, aunque conocen los modos de transmisión, la presencia del virus en la persona los haría escoger con más cuidado la forma en que transcurriría cualquier interacción con ella. Hacen una diferenciación entre tener cuidado y discriminar, aduciendo que evitar compartir espacios, comida u objetos no es discriminación sino una forma de autocuidado y que es aceptable siempre que no se discrimine a la persona.

Cuando se observa la situación hipotética de una persona conocida infectada con el virus, la preocupación por el bienestar de esta se incrementa de acuerdo con la cercanía de la



relación afectiva. Así, si la persona pertenece a la comunidad cercana pero no comparte espacios con los estudiantes, esta no se ve ni como amenaza ni como digna de simpatía. Sin embargo, en el hipotético caso de ser una persona cercana, sea familiar o ex pareja la preocupación aumenta tanto por su bienestar como por el bienestar personal, en el caso de las ex parejas.

Y es que el contagio con el VIH se observa como una sentencia de muerte irremediable y de una vida miserable, no como una condición crónica que con el tratamiento adecuado puede llevarse como cualquier otra, manteniendo la calidad de vida.

#### Ilustración 7- Categoría cualitativa: Actitudes hacia las personas que viven con VIH

La actitud positiva es mayor si la forma de contagio es no sexual.

Si hay un conocimiento claro sobre los mitos y verdades de la transmisión del virus, la actitud positiva es mayor.

Se observa un discurso de aceptación general de la persona que vive con VIH.

Sin embargo, en situaciones específicas de contacto personal se hace evidente el rechazo.

Este rechazo no es visto como discriminación sino como autocuidado.

La preocupación por el bienestar de una persona que vive con VIH se incrementa de acuerdo con la cercanía afectiva.

#### Actitudes hacia el preservativo

La actitud hacia el preservativo en general es positiva y se empareja con el hecho de ser el método anticonceptivo y de protección contra ITS más conocido y accesible. En ocasiones se le llama "el mejor amigo del hombre", "el salvatandas" o "el salvador". Se observa, sin embargo, algunas reacciones negativas en cuanto a su efectividad para proteger de todas las

infecciones y el embarazo y cuánto puede variar esta si no está bien colocado o si tiene fisuras.

Facilitadora: Les voy a mostrar algunas imágenes y para cada una quisiera que me dijeran qué saben de cada una. ¿Qué es esto?

(Unánime) E: Condón.

Estudiante: Previene el embarazo.

Facilitadora: ¿Previene infecciones de transmisión sexual?

(Unánime) E: Sí.

Estudiante: Si se usa bien, sí.

Estudiante: Pero no es 100%.

Estudiante: No. (Grupo focal con estudiantes mujeres).

Tanto el femenino como masculino son conocidos por el estudiantado, tanto en su capacidad de prevención del embarazo, como de transmisión de infecciones. El preservativo masculino es, sin embargo, el método anticonceptivo mejor valorado por el estudiantado en general y que presenta actitudes más favorables.

Existe mucho interés en su correcta manipulación, sus pros y contras, lo cual constituye un factor protector en sí mismo. Coexiste en el estudiantado, sobre todo varones, una confianza en la aptitud para su uso adecuado en algunos casos, mientras que en otros no existe la confianza para utilizarlo de la mejor manera.

Sobre todo en las mujeres que no han tenido contacto sexual, se muestra una marcada preferencia hacia el preservativo masculino, no sólo porque es el más conocido sino porque, a diferencia de otros métodos de barrera, este no se introduce en la vagina y es más cómodo de utilizar que el femenino.

El preservativo es altamente valorado, sobre todo por lo varones, cuando se trata de encuentros sexuales casuales, y no tanto en relaciones con una pareja establecida. Sin embargo, una situación como esta, en donde se toma la precaución de utilizar el preservativo, puede tornarse riesgosa cuando media el alcohol o en un contexto que promueva la desinhibición.

Se muestra, además, algún rechazo hacia los preservativos distribuidos por la CCSS, por percibirlos bajos en calidad.

#### Ilustración 8- Categoría cualitativa: Actitudes hacia el preservativo

Actitud general positiva hacia el preservativo.

Los preservativos femenino y masculino son conocidos pero el masculino es más valorado por hombres y mujeres.

Amplio interés en su correcta manipulación.

Los hombres valoran más el preservativo con relación a encuentros sexuales casuales.

#### Actitudes hacia el embarazo, paternidad y maternidad

Aunque desde una perspectiva docente, a lo largo del tiempo se observa una disminución del embarazo, el mismo es un fenómeno presente de manera persistente en la visión de mundo del estudiantado y el principal miedo asociado al contacto sexual. Después del temor al embarazo se encuentra el de contraer una infección.

Se observan dos formas en las que los y las jóvenes relacionan el embarazo o la experiencia de paternidad/maternidad con la protección. Una es mayormente usada por las mujeres, al relacionar diferentes métodos anticonceptivos, con ineffectividad. La mayor parte del tiempo las estudiantes destacan la falta de fiabilidad de estos, sobre todo de los métodos más conocidos, como el preservativo o las pastillas anticonceptivas, pero también los dispositivos intrauterinos y las inyecciones.

La razón principal por la cual, en general, utilizan el preservativo es porque desea evitar el embarazo. Aunque la prevención de las ITS es importante, y con frecuencia presente en el discurso de los adolescentes, esta no está en el primer plano de su preocupación. Esto

porque tratar una infección se observa como un problema a corto plazo, mientras que la paternidad implica un cambio de vida que no se visualiza deseable en la adolescencia sino alrededor de los treinta años.

Estudiante: Mi principal preocupación a la hora de tener sexo en la muchacha queda embarazada, eso es una preocupación muy grande.

Estudiante: El embarazo es el principal freno para que uno haga una tontera.

Estudiante: Tener un chamaco es una preocupación muy grande, todos conocemos muchos compañeros de la edad de nosotros que ya son papás. (Grupo focal con estudiantes hombres).

Aunque los y las estudiantes conocen que el preservativo es el único método anticonceptivo capaz de evitar las infecciones de transmisión sexual, el temor al embarazo es el principal aliciente para su uso, sobre todo en el caso de los varones. Siendo así, la necesidad de evitar un embarazo no deseado es un factor protector que, por medio el uso del preservativo, los protege del contagio.

#### Ilustración 9- Categoría cualitativa: Actitudes hacia el embarazo, paternidad y maternidad

Embarazo en la población estudiantil es persistente aunque se percibe a la baja, por parte del personal docente.

Las estudiantes destacan la baja fiabilidad de los métodos anticonceptivos, lo cual lleva a embarazos no deseados.

El preservativo es utilizado más para evitar el embarazo que para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual.

Los estudiantes consideran deseable la paternidad alrededor de los treinta años de edad.

#### Actitudes hacia la prevención

Se observa una actitud preventiva y el aplacamiento del riesgo en la necesidad expresada de realizarse la prueba sanguínea para detectar la presencia de VIH en el caso de que una ex

pareja sea portadora de virus. Lo mismo ocurre en el caso de ser quien porta el virus y la necesidad de que la/s ex pareja/s conozca esta información, sobre todo en el caso de las mujeres. Aunque no haya habido contacto sexual, algunos/as estudiantes indican que se harían una prueba para saber si portan el virus.

Si bien la anterior es la posición generalizada, en algunos casos, sobre todo hombres, se manifiesta negativa de realizarse la prueba por el miedo de enfrentarse a un diagnóstico y la concepción que se tiene de su portación como una sentencia de una vida corta y deteriorada. Algunas mujeres señalan, además, que en caso de ser portadoras es difícil comunicarlo a las ex parejas siendo ellas quienes lo hayan contagiado a otras personas, pero resulta más realizable confrontar a una ex pareja por haberles transmitido el virus.

Facilitadora: ¿Y si tuvieran quince ex?

Estudiante: Aaah.

Estudiante: Les contaría para que se hagan exámenes.

Estudiante: ¡Usted sabe lo que es decirle a la pareja!

Estudiante: ¡Es que te di vuelta con ese!

(Risas)

E: ¿Qué? ¡No! (Grupo focal con estudiantes mujeres).

Tal como se ha mencionado anteriormente, el preservativo está altamente asociado a la prevención y es muy valorado sobre todo por los hombres, por ser barato, accesible, y proteger no sólo del embarazo sino de las ITS.

### Ilustración 10- Categoría cualitativa: Actitudes hacia la prevención

Preservativo altamente asociado a la prevención.

La prueba sanguínea se visualiza como imperativa en el caso de sospechar la presencia del virus.

Algunos hombres manifiestan negativa de realizarse la prueba por el miedo de enfrentarse a un diagnóstico.

La portación del VIH se percibe como una sentencia de una vida corta y deteriorada.

Contactar con una ex pareja para comunicarle la portación del VIH tiene más dificultad si es la propia persona quien se lo ha transmitido a la pareja que al contrario.

### *Prácticas sexuales y asociadas al VIH/SIDA*

#### Condicionantes para el contacto sexual

Los y las participantes establecen las principales condiciones para mantener contacto sexual: tener confianza hacia la pareja, que se hayan conocido durante algún tiempo y que exista una conexión sentimental. Entre estas condiciones existen relaciones de interdependencia y se presentan tanto para hombres como para mujeres.

La confianza hacia la pareja con frecuencia va ligada a la necesidad de conocer a la persona, de tener algún nivel de relación previa con ésta, mas no necesariamente un tiempo específico de conocerse. Conocer a la persona también se relaciona con el interés por tener una relación estable con ella, es decir, con la seriedad de la relación. Siendo así, el tiempo es fundamental en el sentido de que si se tiene interés en la persona para formar una relación seria, entonces el contacto sexual se retrasará para conocer y formar un lazo.

Estudiante: Pero yo siento que uno, sinceramente, lo siente. No es cuestión de tiempo. Usted lo siente.

Estudiante: Exacto. Para mí tampoco es cuestión de tiempo.

Estudiante: Podría ser igual, muy poco tiempo pero quererlo hacer y ya.

Estudiante: Ajá.

Estudiante: Sí, es que sí, también. Pero sí es necesario un tiempo. (Grupo focal con estudiantes mujeres).

Si la persona no es visualizada como apta para tener una relación de pareja más establecida, entonces el tiempo previo dedicado a conocerla se reduce, sobre todo en el caso de los hombres. Las mujeres son más enfáticas en señalar la necesidad de que la relación sea significativa y se comparta un proyecto personal con la pareja. Sin embargo, aunque es deseable la estabilidad de la relación esto no implica que deba necesariamente traducirse a un compromiso de largo plazo o proyecto de vida formal.

En el caso de las mujeres, la confianza es imperativa puesto que aquellas personas con quienes han tenido contacto sexual pueden difundir rumores sobre su comportamiento sexual que pueden afectar la forma en que es vista por los otros. En ocasiones, los hombres son vistos como indignos de confianza pues pueden hablar de más, tanto sobre acontecimientos ocurridos como exageraciones o mentiras.

Para ellas, la confianza también se vuelve importante pues existe el temor de que los hombres, dado que en muchas ocasiones están altamente interesados en el contacto sexual, no estén inclinados por la construcción de la relación. Así, se vuelve importante confiar en la persona y saber que para esta la relación no tiene fines únicamente sexuales.

Sólo en una ocasión una estudiante indica que para considerar tener contacto sexual, es necesario asegurarse de la salud de la pareja, pues en general se toman en cuenta factores más subjetivos como la comunicación con la pareja, el respeto, el consenso y la sensación de seguridad al estar con la otra persona y al tener contacto sexual.

Tal como se mencionó anteriormente, si bien los y las jóvenes consideran el tiempo como un condicionante importante para que se dé el contacto sexual, este varía ampliamente, desde una semana hasta meses o años. Aunque asociado con cuánto se conozca a la persona, el estudiantado no necesariamente halla una relación directa entre lo que se conoce

a una persona y el tiempo compartido con ella. Ciertamente se observa una inclinación a confiar en la percepción que la persona genere y si esta es fiable o no a la hora de decidir tener contacto sexual.

Facilitadora: Cuánto tiempo habría que conocerla.

Estudiante: Depende. Yo diría que mínimo un mes mejor un año.

Estudiante: Es que depende de la chavala, de la vibra que ella le dé.

Estudiante: Yo diría que no hay un tiempo, sólo hay que conocerla. (Grupo focal con estudiantes hombres).

También juega un papel importante la conexión emocional con la persona, y que igualmente, no necesariamente guarda una relación directa con el tiempo de conocerse, sino con qué tan genuinos o vibrantes sean los sentimientos y la cercanía emocional percibida. Así, si bien es importante el conocerse durante un tiempo, este no es estático y tampoco se observa como una condición ineludible que, al alcanzar una relación de pareja cierto tiempo o la persona una edad determinada, deba darse el contacto sexual.

La conexión sentimental es más importante como condicionante del contacto sexual tanto para hombres como para mujeres. Sobre todo en el caso de las mujeres, está por encima del de la atracción por sí sola. En el caso de algunos hombres, si bien no de forma generalizada, la atracción por sí sola es suficiente para estar anuente al contacto sexual.

El matrimonio es un punto alrededor del cual hay diversas posiciones en cuanto al contacto sexual. Aunque no es una posición generalizada, algunos hombres y mujeres manifiestan que la condición necesaria para el contacto sexual es el matrimonio, mientras que otros no otorgan al matrimonio peso suficiente para ser considerado un condicionante de la actividad sexual.



### Ilustración 11- Categoría cualitativa: Condicionantes para el contacto sexual

Las principales condiciones para establecer contacto sexual son factores subjetivos: tener confianza hacia la pareja, y que exista una conexión emocional.

Si se tiene interés en la persona para formar una relación seria, entonces el contacto sexual se retrasará para conocer y formar un lazo.

Si la persona no es visualizada como apta para tener una relación de pareja, el tiempo previo dedicado a conocerla se reduce, sobre todo en el caso de los hombres.

Las mujeres hacen hincapié en la necesidad de una conexión significativa y un proyecto personal con la pareja.

No hay relación directa entre lo que se conoce a una persona y el tiempo compartido con ella.

### Factores y prácticas de riesgo

Desde la perspectiva docente, aunque el acceso a la información por parte de los y las estudiantes es amplio, esto no se traduce en calidad. Ejemplo de esto es el fácil acceso a la pornografía, la cual es consumida sin acompañamiento adecuado y presenta el contacto sexual y las relaciones interpersonales de manera poco realista.

La baja calidad en la información que es accedida por el estudiantado se convierte en un factor de riesgo para conductas sexuales impulsivas (múltiples parejas sexuales o inserción en ambientes riesgosos como fiestas poca o nada supervisada) con posibles consecuencias dañinas como embarazo adolescente, lo cual se agrava, asimismo, con el consumo de sustancias y en ambientes socioeconómicos empobrecidos.

Los/as adolescentes son percibidos por el personal docente como sujetos a sus cambios hormonales y con capacidades limitadas de autocontrol. Asimismo, definen el grupo de edad de mayor riesgo como los/as estudiantes más jóvenes, entre catorce y quince años.

Lo anterior es percibido mayormente en centros educativos que atienden población perteneciente a condiciones socioeconómicas más bajas (Liceo San Nicolás de Tolentino, Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz). En el caso de los que atienden población proveniente de distintos contextos o de un área geográfica más grande (Liceo Vicente

Lachner Sandoval, Liceo Elías Leiva Quirós) se observa una percepción más diversa en cuanto a las situaciones sexuales de riesgo, en el sentido de que, si bien hay estudiantes que se exponen a riesgos también los hay quienes tienen gran conciencia sobre las prácticas seguras y la minimización del riesgo.

Es que viera que una cosa que tal vez como que preocupa es sexualmente como ellos vienen de familias de escasos recursos. Usualmente esas familias son las que tienen más hijos. Entonces que se atienda eso, que ellos no tienen que seguir el mismo patrón de que tienen hijos, e hijos, y reproducirse y nada más. Si no que ellos se preparen profesionalmente y no dejar los estudios tirados para eso. (Orientadora).

Específicamente sobre la práctica sexual, en el caso del personal docente, es difícil conocer la situación del estudiantado más allá de lo declarado en el discurso, aunque en este se observe conocimiento suficiente sobre prácticas sexuales protectoras. Y es que el inicio temprano de la actividad sexual y embarazo adolescente son realidades persistentes entre los/as estudiantes aunque menos observadas que en años anteriores. Destacan algunas formas de interacción poco sanas entre los/as adolescentes en cuanto a relaciones dependientes, manipulación o algún nivel de violencia.

Otro factor de riesgo evidenciado por el personal docente es la presión entre pares respecto al inicio del contacto sexual, de modo que quienes hayan iniciado la actividad sexual inducen a otros/as a hacerlo también. En algunos casos, se evidencia las relaciones de estudiantes, sobre todo mujeres, con parejas mayores de edad.

El personal docente señala, asimismo, que el no portar el preservativo y no saber utilizarlo adecuadamente constituye otro factor de riesgo en cuanto a la vivencia de la sexualidad en la adolescencia. Esto es confirmado por el interés que manifiesta el estudiantado sobre la correcta manipulación del mismo y la necesidad de sea tomado en cuenta al abordar la sexualidad en clase.

Para los y las jóvenes, la influencia del alcohol es notable a la hora de tomar decisiones responsables, de modo que se vuelve más difícil tomar acciones sexualmente preventivas

bajo la influencia del alcohol, en un ambiente propicio de desinhibición (serenatas, fiestas), o simplemente cuando se dan las condiciones necesarias para un encuentro sexual.

Estudiante: Bueno, ya me la jugaría, pero es muy complicado, porque cuando uno toma no piensa, y sí eso que dicen ellos de estar enamorado es muy interesante, pero en realidad cuando uno tiene la oportunidad si uno está tomado no se pone a pensar, ni se detiene a pensar en nada.

Facilitadora: Entonces tomar los vulnerabiliza.

Estudiante: Sí, claro cuando uno toma se pone en otras, en otra nota y no, no piensa. (Grupo focal con estudiantes hombres).

#### Ilustración 12- Categoría cualitativa: Factores y prácticas de riesgo

Acceso a gran cantidad de información aunque no necesariamente de calidad.

Consumo de sustancias y ambientes socioeconómicos empobrecidos contribuyen a que el estudiantado incurra en prácticas de riesgo.

Riesgo mayor entre adolescentes más jóvenes, sobre todo en condiciones socioeconómicas desfavorables.

Presión entre pares respecto al inicio de la actividad sexual.

Desconocimiento o incorrecta manipulación del preservativo.

Conocimiento diverso sobre prácticas de riesgo y protección dependiendo de la heterogeneidad de la población estudiantil.

El inicio temprano de la actividad sexual y embarazo adolescente son realidades persistentes entre los/as estudiantes aunque menos observadas que en años anteriores.

El alcohol y los ambientes que propician desinhibición (fiestas, serenatas) contribuyen a la toma de decisiones irresponsables.

## Factores y prácticas protectores

En comparación con los elementos de riesgos descritos anteriormente, los factores y prácticas protectores se observan en menor medida en el discurso del personal docente. Ejemplo de esto son las infecciones de transmisión sexual, cuyo conocimiento por parte del estudiantado puede fungir como un factor protector al propiciar conductas preventivas.

Desde la perspectiva docente, en el discurso del estudiantado se observa el conocimiento sobre prácticas sexuales protectoras (por ejemplo, evitar la promiscuidad o utilizar el preservativo), aunque se desconoce cuánto de este discurso se vuelve realmente práctico en su cotidianidad. Sin embargo, el hecho de que el estudiantado conozca sobre formas sanas de practicar la sexualidad constituye un factor protector en sí mismo.

Desde lo verbal sí, ellos saben cómo se cuidan, saben cómo ser responsables. Todo eso lo tienen en el discurso. En la práctica yo no sé. (Orientadora)

No obstante, como se ha mencionado anteriormente, hay amplia variabilidad entre el estudiantado, que en algunos casos es muy consciente sobre la toma responsable de decisiones y la necesidad de estas pero en otros casos se expone a situaciones de riesgo.

### Ilustración 13- Categoría cualitativa: Factores y prácticas protectores

El conocimiento sobre la existencia de infecciones de transmisión sexual puede fungir como aliciente para optar por conductas sexuales más seguras.

A nivel discursivo, el estudiantado tiene conocimiento sobre prácticas sexuales seguras, sin embargo el alcance de esto a nivel práctico es desconocido.

Amplia variabilidad entre el estudiantado, que en algunos casos es muy consciente sobre la toma responsable de decisiones y en otros se expone a situaciones de riesgo.

## *Vivencias y necesidades asociadas a la educación sexual*

### Fuentes de información sobre sexualidad

Tanto docentes como estudiantes coinciden en que internet y las amistades son fuentes principales de información sobre sexualidad, con todos los pros y contras que eso implica.

El internet se vuelve una fuente muy accesible a la cual recurren con frecuencia, tanto desde el hogar como en los propios teléfonos. Sin embargo, aunque asequibles, los medios digitales presentan ventajas y desventajas con relación a la calidad de la información disponible y a pesar esta es amplia, no es necesariamente de calidad, y depende del tipo de sitio por el cual se navegue.

Aun así, los y las jóvenes consultados en muchos casos están conscientes de estas deficiencias y de la necesidad de buscar concienzudamente páginas científicas. Son capaces, asimismo, de enumerar sitios de baja fiabilidad como Rincón del Vago o Yahoo Respuestas pero en otros casos, inclusive estas fuentes son consideradas confiables pues al ingresar los términos de búsqueda en el buscador son resultados recurrentes.

Contradictoriamente, internet es considerada una fuente más o menos confiable pero al mismo tiempo es fundamental para obtener información sobre sexualidad. En este sentido, el material audiovisual corto (tipo YouTube) resulta muy atractivo, así como redes sociales, blogs o sitios de opiniones.

En el caso de las amistades, estas son también fuentes importantes de información, sobre todo cuando se les considera experimentadas o precoces con relación a la vivencia de la sexualidad. Sin embargo, si se les percibe poco o igual de conocedoras que la persona, entonces disminuye cuán valiosa se concibe la amistad como una fuente de información. No obstante, en algunos casos, independientemente de si se considera a un/a amigo/a como conocedor/a o no, es posible que no se acuda a este/a simplemente porque el tema de la sexualidad es un asunto personal.

Estudiante: Un compa que aparte que tiene más información tiene más experiencia que uno, mas informado que uno, porque han tenido más experiencia y tiene más información que uno. (Grupo focal con estudiantes hombres).

Aunque para el personal docente no es así, el estudiantado señala a la familia como una fuente significativa de información sobre sexualidad, tanto hombres como mujeres. En muchos casos, padres y madres se observan como personas conocedoras y experimentadas en las cuales se puede confiar. Pero al mismo tiempo, debido a la pena o vergüenza, o por temer la represión, pueden considerarse no aptos como guías en este sentido. Depende del tipo de relación establecida con padres, madres o hermanos/os que el estudiantado percibirá como adecuado tocar el tema de sexualidad en este contexto.

Destaca que en centros educativos a los que asisten estudiantes con menor nivel socioeconómico estos/as manifiestan mayor confianza para hablar de sexualidad en el ámbito familiar, en comparación con aquellos donde acuden estudiantes de niveles socioeconómicos medios/altos. Asimismo, para quienes ven en la familia una fuente significativa de información sobre sexualidad, se observa una inclinación en los hombres a conversar con la figura paterna y en las mujeres con la materna.

Por su parte, aunque el personal médico es altamente valorado como fuente confiable de información, en ocasiones se carece de la confianza necesaria o existe temor para acercarse a abordar un asunto personal que tenga que ver con sexualidad. Es notable que en ocasiones se perciba la atención privada en salud como más favorable por considerarse que en la atención pública se carece trato confidencial y se tarda mucho en recibir atención.

En cuanto al personal docente, en general es visto como indigno de confianza por varias razones: en ocasiones el mismo puede hablar de más y generar rumores, puede no estar capacitado para atender de acuerdo a las expectativas del estudiantado, o la situación a la que se enfrenta el o la estudiante pertenece a un ámbito personal y no puede compartirse con el personal docente. Solamente se detectó un caso en el que el personal docente se percibe como fuente de información valiosa, Los/as docentes son valorados como una fuente de información sólo si se les considera competentes, lo que en muchas ocasiones no es el caso.

Estudiante: Si usted pregunta de sexualidad aquí en el colegio, eso se pasa de boca en boca. Aquí en el colegio de plano no se puede preguntar ni decir nada.

Estudiante: Claro.

(...)

Estudiante: A mí ¿sabe qué me dijo un día?

Estudiante: No, no, eso no lo cuente...

Estudiante: Es que sí, en esta institución uno no puede confiar.

Estudiante: Es falta de ética. (Grupo focal con estudiantes mujeres).

Finalmente, si bien los libros son altamente valorados, estos no son una fuente frecuentemente accedida para adquirir información sobre sexualidad.

Ilustración 14- Categoría cualitativa: Vivencias y necesidades asociadas a la educación sexual

Aunque el internet se percibe como fuente más o menos confiable, es utilizada con frecuencia para informarse sobre sexualidad.

Las amistades son fuentes importantes de información, cuando se les considera experimentadas con relación a la vivencia de la sexualidad.

La familia es una fuente significativa de información sobre sexualidad, tanto en hombres como mujeres. Sin embargo, la percepción es ambivalente pues al tiempo que se percibe como fuente confiable, la pena, la vergüenza o el miedo inhibe a los/as estudiantes de solicitar información.

Que la familia se considere fuente válida depende de la relación específica que el individuo tenga con esta.

En centros educativos a los que asisten estudiantes con menor nivel socioeconómico estos/as manifiestan mayor confianza para hablar de sexualidad en el ámbito familiar, contrario a centros educativos donde acuden estudiantes de niveles socioeconómicos medios/altos.

Hombres más inclinados a hablar con la figura paterna y mujeres con la materna.

El personal médico es altamente valorado como fuente confiable de información.

El personal docente visto como indigno de confianza, salvo que se perciba suficientemente competente.

Los libros, aunque considerados valiosos, no son una fuente frecuentemente accedida para adquirir información sobre sexualidad.

La confianza es clave como factor de decisión para consultar sobre sexualidad con otra persona.



## Programa de Educación para la Afectividad y Sexualidad Integral del Ministerio de Educación Pública (PEASI)

Tanto desde la perspectiva docente como estudiantil, hay consenso en afirmar que la temática de sexualidad despierta gran interés por parte de los/as estudiantes, sobre todo en lo relacionado con infecciones de transmisión sexual o los mecanismos fisiológicos o funcionales que se asocian con el contacto sexual entre personas del mismo y diferente sexo. En este sentido, desde el punto de vista docente, el estudiantado se ve menos inclinado a las temáticas del PEASI que tienen que ver con autoestima, estereotipos, formas sanas de relación interpersonal, entre otros.

Existe amplio interés por elementos específicos asociados al contacto sexual genital, información sobre formas de evitar el embarazo y prácticas sexuales seguras en general. Entre los temas de más interés destaca el uso adecuado del preservativo y otros métodos anticonceptivos, así como infecciones de transmisión sexual en sus formas de transmisión y manifestación.

El estudiantado hace hincapié en la necesidad de que en los centros educativos se imparta sexualidad centrada en situaciones reales a las que ellos/as se enfrentan, sin esconder la realidad ni maquillarla. Y es que, según su percepción, aunque la sexualidad se aborda en el aula esta se toca de forma muy básica, carente profundidad, sin elementos visuales o atractivos e incluso prácticos que permitan explorar el tema. Algunos/as mencionan que hay muchos elementos que no se abordan a profundidad por vergüenza del o la docente o temor a una reacción adversa desde la familia.

Facilitadora: ¿Ustedes han recibido sexualidad aquí en el cole?

Estudiante: Sí cuando estábamos en noveno vimos ese tema ahorita, una información muy básica.

Facilitadora: ¿Y les resulta útil?

Estudiante: Di, más o menos, no sé profundiza mucho, aunque me si me dijeron algunas cosas que yo no sabía.

Estudiante: Muchos temas no se tocaron.

Estudiante: Yo diría que no se satisfizo la expectativa.

Estudiante: ¿Les quedaron debiendo en información?

Estudiante: Di, no sé, es que todo fue como muy general.

Estudiante: Ves, es que yo considero que una clase de sexualidad tiene que ser lo más gráfica posible sin ser vulgar y aquí hay muchos temas que no se tocan por vergüenza.

Estudiante: Di, no sé si será por evitar quejas de papas o qué, que no se habla como se tiene que hablar en el colegio. (Grupo focal con estudiantes hombres).

Personal docente y estudiantes coinciden en que el PEASI se sub imparte o no se imparte del todo, lo cual obedece a varios motivos. Uno de ellos es aducido por los/as propios/as docentes de ciencias, para quienes el factor tiempo constituye un problema. En algunos casos no pueden abarcar la materia perteneciente al programa de ciencias, que es evaluada, y por tanto toman las lecciones que corresponden al PEASI para cubrirla.

Otro aspecto relacionado con el tiempo es que a nivel institucional entran en juego muchas interrupciones en el flujo de las lecciones, lo cual provoca que haya espacios indefinidos entre lección y lección, se pierda el hilo conductor y se deba retomar, lo cual hace que el tiempo no alcance para dar el PEASI.

Tanto docentes como orientadoras/es declaran que muchos profesores/as deliberadamente no imparten el PEASI, sea porque no se sienten calificados/as para asumirlo y/o no logran establecer una relación entre los temas afectivos y su propia formación en ciencias. En ocasiones se observa falta de compromiso del personal de esta materia por no ser contenidos que reciban una evaluación cuantitativa o que siquiera tenga fiscalización institucional respecto a su cumplimiento.

El hecho de que la sexualidad y su abordaje continúe siendo un tabú también tiene una cuota de impacto en la forma en que se imparte (o no), el PEASI. El "morbo" o "malicia" de los/as estudiantes se observa como amenazante y requiere ser aplacado por parte del o la docente para impartir los contenidos adecuadamente. Este morbo es asociado con preguntas específicas sobre el contacto genital en sus diversas formas, situaciones personales relacionadas a la vivencia de la sexualidad o utilizar expresiones coloquiales para referirse a la actividad sexual.

Algunos/as docentes ven ese "morbo" exacerbado en estudiantes más jóvenes (séptimo y octavo) y por tanto, perciben que el abordaje de la clase en niveles inferiores es más difícil en aquellos contenidos que tienen que ver no tanto con afectividad, sino con fisiología, enfermedades y demás. A los/as estudiante más jóvenes se les señala como faltos de madurez o con morbo exacerbado y, siendo así, algunos/as docentes consideran que no es una población con la que debería abordarse este tema.

Hay una resistencia a abordar las curiosidades emergentes, sea porque no las perciben como de su competencia (no se encuentra en el currículum correspondiente por ser dudas muy específicas), porque existe una imposibilidad moral personal o porque no poseen las herramientas para su abordaje. En este sentido, algunos/as docentes recurren a otros profesionales (psicólogos/as, orientadoras/es) para complementar su conocimiento.

Otro elemento que acarrea resistencia en el personal docente es abordar los tópicos asociados a afectividad en el PEASI. Algunos/as docentes se inclinan a tratar la sexualidad desde una vertiente meramente biológica, pues no se sienten capacitados/as para manejar los elementos afectivos del PEASI. Siendo así, los temas a abordar son escogidos personalmente por el/la docente y no todos/as los/as estudiantes comparten la misma formación.

Si tienen un profesor que desarrolla el tema adecuadamente sin cosas morbosas es un factor protector. Yo en lo personal siempre lo manejo desde el punto de vista biológico, no tanto social. Yo soy una persona ya casada con hijos que tiene muchos años de trabajar. Yo trato de explicarles a ellos también desde mi experiencia qué se debe, qué no se debe hacer. (Docente de ciencias).

Este recelo en cuando al abordaje de la sexualidad en el aula también se asocia con las limitaciones en cuanto a aquello que compete al educador/a. Por un lado, el temor de sobrepasar su rol como docente al entrar en terrenos personales, y, muy atinente con esto, el de recibir amonestación por parte de padres de familia o el propio MEP respecto al manejo del tema. Existe angustia acerca de los límites precisos donde se debe llegar en el abordaje de la sexualidad, siendo que el estudiantado se muestra ávido de conocer a fondo algunos

temas y que, según su criterio, el PEASI no define de manera específica cómo tratar ciertos contenidos.

Sin embargo, desde la propia perspectiva docente se reconoce que la formación en sexualidad por parte del estudiantado es deficiente, desde el conocimiento básico de los órganos reproductivos, pasando por mitos sobre el embarazo o la actividad sexual y formas de protección.

En este sentido, desde la perspectiva docente también es evidente la debilidad en la formación en sexualidad desde los propios hogares, por considerarse un tema tabú, asociado a la pena o vergüenza y que inclusive por implicaciones religiosas es difícil de tocar.

Los/as docentes perciben que por parte de las familias también hay recelo sobre el PEASI, dado el temor de que despierte curiosidades e incline al estudiantado a la actividad sexual temprana. Sin embargo, el abordaje de la sexualidad resulta imperativo siendo que el peso de la formación en los/as jóvenes no debe recaer únicamente la educación institucional.

Por su parte, los y las estudiantes, muestra gran motivación, curiosidad y disposición por la temática, aunque no necesariamente se compromete con los deberes académicos asociados, precisamente por no ser materia que se evalúe cuantitativamente, o en algunos casos, los/as estudiantes no asisten del todo. Aun así, entre los/as docentes que se comprometen con el PEASI, las estrategias para motivar al estudiantado incluyen tener cuaderno aparte, valorar trabajo cotidiano o extra clase.

Algunos/as señalan el impacto educativo del PEASI es difícil de precisar debido a que resulta complejo determinar el origen de la información que manejan los/as estudiantes. Se sabe que la fiabilidad de la información recibida en los centros educativos es mayor pero su impacto es debatible dada la gran cantidad de fuentes externas a las que tienen acceso y que no necesariamente son confiables.

### Ilustración 15- Categoría cualitativa: Programa de Educación para la Afectividad y Sexualidad Integral del Ministerio de Educación Pública

El abordaje de la sexualidad en el medio educativo institucional es de nivel básico y carente de profundidad.

Interés estudiantil por abordar temas específicos en torno a la sexualidad: infecciones de transmisión sexual o los mecanismos fisiológicos, uso adecuado del preservativo y otros métodos anticonceptivos.

El Programa de Educación para la Afectividad y Sexualidad Integral se sub imparte o no se imparte del todo.

- Docentes priorizan lecciones de materia que es evaluada cuantitativamente.
- Impartir el Programa queda a discreción del/de la docente pues hay nula o poca fiscalización sobre su puesta en práctica.
- Dificultades con el tiempo.
- Percepción de que el Programa de Ciencias se ve afectado negativamente por el tiempo invertido en el PEASI.

Recelo en docentes de tocar temas que no deben/quieren:

- Dos resistencias principales: "morbo" estudiantil y elementos afectivos del programa.
- Angustia respecto a qué compete y qué no al rol del/de la docente.
- Presión de las familias sobre el abordaje de la sexualidad en el aula.

Importancia del abordaje de la sexualidad en las aulas, dada la carencia en la formación del estudiantado.

Los/as estudiantes tienen interés por la materia pero no necesariamente se comprometen con los deberes asociados.

Dificultad de valorar el impacto del Programa de Educación para la Afectividad y Sexualidad Integral.

### Necesidades/Sugerencias en el abordaje del Programa de Educación para la Afectividad y Sexualidad Integral

Que el PEASI sea impartido por el o la docente de ciencias está influido por el apoyo institucional con que este/a cuenta: desde recursos tecnológicos, pasando por material didáctico y apoyo de las actividades planteadas por los/as docentes, hasta el planeamiento e inclusión en los horarios de la lección.

En ocasiones los/as docentes perciben que el PEASI se deja en sus manos y que están por su cuenta para hacerle frente. Aunque la capacitación brinda herramientas y guía para impartir el PEASI el personal docente algunas veces resiente no tener un panorama claro de cuál es el propósito global y la forma de enfocar los contenidos: si es promover la vida

sexual activa con conductas seguras, retrasar en lo posible el inicio de la actividad sexual, o por otro lado, brindar información pero dejar que el estudiantado tome sus propias decisiones.

El apoyo institucional también se requiere en el sentido de que se den los espacios específicos para impartir el PEASI y que estos sean respetados, así como que se fiscalice el cumplimiento de las lecciones por medio de planeamiento y se dé seguimiento e incluso valoración de su impacto.

En general, el personal docente defiende la necesidad de que la educación sexual abarque todos los años lectivos, desde Séptimo hasta Undécimo año y que incluso se inicie desde la escuela. En el último año, por ejemplo, se dan fiestas de cierre y serenatas que suponen contextos en donde pueden presentarse situaciones de riesgo y por tanto vale la pena refrescar y promover conductas protectoras.

Algunos/as profesores/as consideran que a mayor edad más capacitados están los/as jóvenes para recibir formación en sexualidad, pues se les considera “más maduros/as”, controlados/as y serios/as, y que incluso exploran mayormente la sexualidad en comparación con niveles inferiores.

Ellos reciben el Programa en un momento en el que no hay mucho riesgo, que tal vez no tienen una experiencia muy personal con relación a sexualidad. Y ya cuando llegan a los últimos años, con la serenata y las actividades para finalizar el cole, no hay Programa. Ese es el momento en el que tal vez sea haga más necesario, porque ellos puede que se olviden de lo que vieron o hicieron en Ciencias y ya cuando lo necesitan, esos conocimientos no están frescos. (Orientadora).

Contraria a esta perspectiva es la de algunos/as estudiantes, quienes indican que la población más en riesgo y, por tanto, en la que se necesita mayormente el abordaje de la sexualidad es la de los niveles inferiores (de séptimo a noveno) pues es donde se observan más embarazos, más dudas y exploración, así como exposición a situaciones de riesgo.

Con respecto específicamente a los contenidos del PEASI, es necesario asegurarse de que los conocimientos previos necesarios para abarcar un contenido sean manejados por el

estudiantado. Por ejemplo, para abordar un contenido como el de infecciones de transmisión sexual debe conocerse la biología de los sistemas, lo cual en ocasiones no es el caso.

Algunos/as docentes consideran que en Noveno año deberían abarcarse las infecciones de transmisión sexual, siendo que el temario de ciencias consiste en contenidos de biología. Otro elemento relevante es la fluidez de los contenidos, ya que en ocasiones los/as docentes encuentran que hay cambios abruptos entre temas afectivos y aquellos centrados en la biología, de modo que se les dificulta establecer enlaces.

Una sugerencia por parte de una orientadora respecto a la forma en que se imparte el PEASI es que el o la docente que lo imparte para un grupo no sea el/la mismo/a que le imparta la materia de ciencias a este grupo. De este modo, cada docente planeará sus lecciones para aquellos grupos a los que les imparte ciencias y a los que les imparte el PEASI de manera separada. No tomará lecciones del PEASI para abordar el temario de ciencias.

Si los/as docentes pudieran completar lecciones dando el PEASI verían su importancia y esa sería su prioridad en dicha lección. De esta manera se le daría una estructura en la cotidianidad que no puede ser ignorada.

Relacionado con lo mencionado anteriormente sobre la falta de tiempo y las constantes interrupciones del adecuado hilo conductor de las lecciones está la necesidad de aumentar el tiempo dedicado al PEASI, de manera que sean dos lecciones.

Respecto a los contenidos del PEASI, algunos/as docentes manifiestan que este debería ser menos amplio y enfocarse en prevención por medio de métodos anticonceptivos y elementos meramente biológicos de la sexualidad.

Otra sugerencia por parte de un docente es que el PEASI se adapte a las distintas poblaciones pues al ser dirigido a todo el país no toma en cuenta las especificidades de distintos/as estudiantes: de zona rural, urbana, urbano-marginal, indígena, colegios públicos o privados...

Además, es necesario tratar los medios digitales y su relación con la interacción personal, pues la gran mayoría de los/as estudiantes tiene acceso a un teléfono inteligente, y mucha de la interacción pasa por redes sociales por internet y uso de medios digitales en general.

**Ilustración 16- Categoría cualitativa: Necesidades/Sugerencias en el abordaje del Programa de Educación para la Afectividad y Sexualidad Integral**

Apoyo institucional para la planificación y seguimiento del programa

- Recursos tecnológicos, apoyo en las actividades, material didáctico, fiscalización de la puesta en práctica del Programa y valoración del impacto.

Docentes deben conocer cuál es el objetivo global del programa.

La educación en afectividad y sexualidad debe abarcar todos los años lectivos en secundaria, incluso primaria.

Contenidos del PEASI

- Asegurar que los conocimientos previos necesarios para abarcar un contenido sean manejados por el estudiantado.
- Asegurar que no hayan cambios abruptos entre contenidos relacionados con afectividad y los biológicos.
- Necesidad de que los contenidos sean menos amplios (enfocarse en elementos biológicos)

El o la docente que imparte el programa para un grupo no debe ser el/la mismo/a que le imparta Ciencias a este grupo.

Aumentar las lecciones dedicadas al programa.

Adaptar el programa a distintas poblaciones.

Integrar la relación entre medios digitales y el manejo de las relaciones interpersonales.

De acuerdo con los hallazgos cualitativos se evidencian amplios vacíos y necesidades que requieren ser abordados, no sólo en lo relacionado propiamente con los alcances de esta práctica, sino también en la política institucional para tratar la sexualidad en el MEP.



### **Metainferencias: el proceso mixto**

En este apartado se conjuga la información obtenida de los procesos cuantitativo y cualitativo descritos anteriormente para hacer una síntesis de los mismos y una **metainferencia**. Se trata de una evaluación que se deriva de ambos procesos y que consiste en sí misma un nuevo resultado (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). El mecanismo utilizado consiste en la comparación de la información obtenida en ambos procesos con un énfasis cualitativo: análisis de los datos cuantitativos a la luz de las categorías derivadas de entrevistas y grupos focales.

La organización de la información parte de los temas abordados en el instrumento (fuentes de información, conocimientos sobre VIH/SIDA, métodos anticonceptivos, actitudes hacia el VIH/SIDA y prácticas sexuales) en relación con las categorías cualitativas respectivas que emergieron en el diagnóstico.

### ***Fuentes de información***

Las fuentes percibidas como más fidedignas son las más cercanas, y por tanto a las que se les tiene más confianza. Por ser una fuente cercana, la familia cumple el rol de fuente confiable de información siendo que se rompe la barrera de la inhibición. No es extraño, entonces, que sea la madre, la fuente de información considerada de más utilidad.

Hay una dicotomía que complejiza el proceso porque aunque los centros educativos constituyen el lugar donde mayormente se ha recibido formación en sexualidad, las fuentes que se consideran más útiles son las familiares. Esto implica una dificultad, ya que la información es tan válida como la fuente que la proporciona, y se desconoce cuán capacitados/as están los/as familiares para brindar esta formación.

El internet, por otro lado, se constituye como otra fuente importante de información sobre sexualidad, que cambia constantemente y es accesible al estudiantado. Debido a que no se le puede calificar de modo estático como fuente confiable o desestimable, pues la información que contiene es vasta y variada, se vuelve fundamental dar herramientas para

navegarla de modo que el estudiantado pueda discernir entre lo que es fidedigno y lo que no.

### *Conocimientos*

A pesar de que existe conocimiento, este está lejos de ser óptimo, de modo que se observa la necesidad de profundizar sobre las formas de transmisión y prevención en escenarios específicos. Tanto los elementos cuantitativos como cualitativos concuerdan en este sentido.

Hay focalización en el VIH como potencial peligro del contacto sexual sin protección. Sin embargo, otras infecciones de transmisión sexual, que pueden tener consecuencias graves si no se tratan, tienden a verse de manera general y no hay claridad sobre las implicaciones de las mismas. Debido a que son menos conocidas, entran en perspectiva en menor medida a la hora de plantearse prácticas protectoras durante la actividad sexual.

### *Métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo*

El preservativo y su uso es conocido ampliamente como método anticonceptivo a nivel general, aunque no necesariamente las especificidades de su uso adecuado. El conocimiento sobre otros métodos es deficiente y en algunos casos incorrecto. Sobre todo en la población de estratos socioeconómicos bajos, las mujeres están más familiarizadas con ciertos métodos hormonales (pastillas, inyecciones) pero desconocen su funcionamiento básico, lo cual puede llevar a mala utilización y pérdida de su eficacia.

Es necesario hacer énfasis en los elementos técnicos de utilización de los métodos anticonceptivos y los alcances y limitaciones de los mismos. Esto sobre todo en el preservativo masculino por ser el más accesible, conocido y tener doble función de anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual.

## *Actitudes*

Se observa apoyo y respeto por la persona que vive con VIH pero al analizar una situación específica e individual la actitud no es tan contundentemente positiva.

Las categorías cualitativas y los datos cuantitativos concuerdan en este sentido. Situaciones generales asociadas a personas que viven con VIH y el respeto y la no discriminación que merecen, son más aceptadas que aquellas en donde se apela a una situación personal de interacción en su vivencia cotidiana.

A pesar de existir un conocimiento general sobre cómo se transmite o no el virus, esto no necesariamente cala en las actitudes hacia las personas que viven con VIH y puede resultar en algunas formas de discriminación.

Esto habla de una aceptación a nivel discursivo pero no de una disposición en la vivencia personal, a menos que medie un vínculo afectivo suficientemente fuerte como sortear este rechazo o se valore individualmente cada situación.

La actitud hacia el preservativo en general es positiva y se empareja con el hecho de ser el método anticonceptivo y de protección contra infecciones de transmisión sexual más conocido y accesible. En este sentido tanto los datos cuantitativos como los cualitativos convergen.

El preservativo masculino es el método anticonceptivo mejor valorado por el estudiantado en general y que presenta actitudes más favorables.

Es posible que sea el mejor valorado por estar más presente en la publicidad y ser de relativa fácil adquisición en comparación con otros métodos que requieren receta médica o procedimientos específicos para su adecuada implementación, o simplemente no son tan visibles en establecimientos comerciales. Otros métodos son prácticamente desconocidos, lo cual los vuelve un elemento significativo para reforzar.

En términos generales hay un discurso de actitud positiva hacia la prevención del contagio y de dispersión del virus, así como rechazo de actitudes estigmatizantes sobre las personas que pueden o no portar el virus dadas sus preferencias sexuales o la fidelidad en la pareja.

Esto habla de apertura y mayor disposición de prevenir al no dar por sentado que dada una forma particular de vida se está más o menos en riesgo.

Sin embargo preocupa la dificultad percibida de comunicarse con ex parejas sexuales en un eventual contagio pues esto eventualmente podría aumentar el riesgo de dispersión del virus.

A pesar de los avances médicos, que han hecho que hoy en día se considere la portación del VIH una enfermedad crónica, la idea socialmente aceptada de que constituye una sentencia de muerte es patente. Es posible que la noción de fatalidad con la que históricamente se ha asociado la portación instaure socialmente una actitud favorable a la prevención de esta infección de transmisión sexual en particular, no así de otras.

Muchas ITS son sencillas de tratar, pero dejarlas sin atención puede traer consecuencias graves, y esto se vuelve fundamental tomando en cuenta que algunas son asintomáticas durante ciertos estadios de evolución.

Sin embargo, debido a que la prevención del contagio de VIH vale igualmente para proteger de otras ITS, tener nociones de prevención de este contagio tiene un efecto más amplio que sólo esta infección.

### *Prácticas*

El contacto sexual es una realidad patente para el estudiantado, tanto en las expectativas que se tienen sobre el mismo, en el caso de quienes no han iniciado el contacto sexual, como para quienes sí lo han experimentado.

A nivel discursivo, las prácticas sexuales seguras están presentes, aunque el alcance de esto es limitado ya que el uso del preservativo durante el contacto sexual no es sistemático. A pesar de que el preservativo es el método anticonceptivo más conocido y aceptado su uso no es generalizado.

El conocimiento sobre la existencia de infecciones de transmisión sexual puede fungir como aliciente para optar por conductas sexuales más seguras. Sin embargo, la idea que se tiene sobre las mismas es muy general. El VIH en específico es una de las más conocidas y sobre la que se tiene más información.

El elemento emocional asociado al contacto sexual es patente para hombres y mujeres. La confianza en la pareja derivada de la conexión emocional, aunada a características propias de la adolescencia como la tendencia a la impulsividad, hace que el fomento de la reflexión y el actuar razonado resulten fundamentales a la hora de educar en sexualidad. La previsión a futuro y la reflexión concienzuda se vuelven vitales para la promoción de prácticas responsables, no sólo en la vivencia de la propia sexualidad, sino también a la hora de hacer frente a demandas externas como la presión de pares o los mensajes de los medios de comunicación.

En esta categoría, el acceso a internet a la vez que una herramienta informativa valiosa, también puede ser fuente de desinformación, dada la variedad de sus contenidos.

Por lo anterior, la información confiable y el fomento de toma de decisiones razonadas se vuelve particularmente importante al abordar conductas de riesgo, como la disposición a tener múltiples parejas sexuales o el no uso del preservativo, sobre todo cuando se trabaja con población que vive en ambientes socioeconómicamente empobrecidos. Como se ha observado, es en esta población donde se aprecian más factores y prácticas de riesgo.

## Diseño e implementación del abordaje

Según el proceso seguido en la etapa diagnóstica con las puntuaciones obtenidas en los indicadores cuantitativos, la información recopilada cualitativamente y la propia observación, se optó por llevar a cabo el abordaje por medio de talleres participativos en la **Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz** y el **Liceo San Nicolás de Tolentino**. Estos centros educativos evidenciaron mayor situación de vulnerabilidad en cuanto a la vivencia de una sexualidad segura y atienden población socioeconómicamente más vulnerable en comparación con los otros.

La estructuración del proceso se llevó a cabo a partir de los siguientes objetivos, desarrollados, uno por cada sesión:

Específicos	Relativos a la metodología
<ul style="list-style-type: none"><li>• Construir el concepto de sexualidad como un aspecto multifactorial de la experiencia humana.</li><li>• Examinar las formas de transmisión del VIH y prácticas sexuales seguras.</li><li>• Promover actitudes positivas hacia el uso del preservativo, así como a las personas que viven con VIH.</li><li>• Propiciar prácticas sexuales seguras en cuanto al uso preservativo y la búsqueda de información confiable.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diseñar un espacio apto para la construcción del conocimiento, por medio de la evacuación de dudas y la discusión de las creencias propias y ajenas con relación a la sexualidad y la prevención del VIH.</li><li>• Facilitar la participación, atendiendo a la demanda surgida del grupo.</li></ul>

Para el diseño de los talleres se utilizó la información recolectada durante la fase de diagnóstico inicial en los cinco centros educativos y se estructuró de la siguiente manera:

- *Introducción:* Consiste en la presentación de la facilitadora, los objetivos del taller, la duración (cuatro sesiones de ochenta minutos cada una), las reglas de participación y en general, crear un ambiente propicio para la dinámica grupal. Incluye aspectos evaluativos que permiten observar el antes de la intervención para valorar el impacto de la misma. Estos aspectos logísticos tendrán lugar durante la primera sesión únicamente

- *Caldeamiento*: Ejercicio que permite introducir el ejercicio central a manera de puente, para facilitar el involucramiento y el estado grupal necesario para alcanzar el objetivo de la sesión.
- *Ejercicio central*: Corresponde al núcleo de la sesión y responde a su meta principal. La organización de los talleres tiene cuatro ejes basados en la evaluación mixta realizada anteriormente; a saber, sexualidad integral, aspectos cognitivos, actitudinales y pragmáticos relacionados con la sexualidad y el VIH.
- *Integración de la vivencia y conclusiones*: Consiste en la reflexión sobre lo descubierto y lo que se rescata de la experiencia para lograr el cambio.
- *Cierre*: Al final de las primeras tres sesiones se pone a disposición un buzón de preguntas para que los/as estudiantes formulen dudas o inquietudes a lo largo del proceso las cuales serán retomadas al final de la segunda, tercera y cuarta sesión. Durante la última sesión se retoman los aspectos evaluativos llevados a cabo en la primera sesión para valorar el cambio.

La secuencia de eventos para la realización de los talleres fue como sigue:

- Contacto con el personal de Orientación de ambos centros educativos para la logística y coordinación de espacios y horarios.
- Organización de los grupos, de acuerdo con los permisos otorgados de padres, madres o encargados/as: 14 estudiantes en la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz y 19 en el Liceo San Nicolás de Tolentino.
- Planificación de la fecha de inicio de acuerdo con el calendario institucional y disponibilidad de espacios.

A continuación se presenta la descripción detallada de cada una de las sesiones, las cuales se enfocaron en cuatro ejes asociados a la sexualidad y la prevención de VIH/SIDA: Sexualidad integral, Aspectos cognitivos, Aspectos actitudinales y Aspectos pragmáticos.

Para presentar este apartado se utilizan fragmentos del diseño de las sesiones (ver planificación completa en el anexo 6), seguidos de una descripción general de los acontecimientos y reflexiones sobre la dinámica grupal. Incluye la descripción del abordaje para ambos grupos, tanto el de la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz (llamado en este apartado *Grupo Rafael Hernández*), como el del Liceo San Nicolás de Tolentino (denominado *Grupo San Nicolás*).

Posterior a cada sesión la facilitadora entregó a los grupos un resumen de los temas principales tocados, de modo que tuvieran un producto físico del abordaje en cada sesión que pudieran conservar (ver anexo 7). Además, en la primera sesión se distribuyó un volante con los temas a tratar y las reglas básicas para conducirse durante las sesiones.



## Eje sexualidad integral

Tabla 8- Sesión 1; Primera parte, Introducción

<b>Objetivo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tiempo</b>
Organizar el funcionamiento de la dinámica de las sesiones.	Confidencialidad. Respeto. Participación.	15 minutos

### *Liceo San Nicolás de Tolentino*

Los/as estudiantes ingresaron al aula lentamente. Algunos empiezan a acomodar los pupitres en fila, pero ante una indicación de la facilitadora se quedan de pie formando un círculo. Se muestran expectantes. Ante la pregunta de si saben por qué están allí, la mayoría indica que es algo de sexualidad.

Acomodados en círculo esperan que la facilitadora tome la palabra. Esta se presenta, dice de dónde viene y explica la duración, cantidad de sesiones. Hace énfasis en que se trata de un espacio de confianza, confidencialidad y respeto. Y que el objetivo es aprender en un ambiente agradable y libre.

### *Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz*

Los/as estudiantes ingresaron al aula muy dispersos y bromeando entre sí. Se acomodan en subgrupos hablando entre sí. Una vez que están todos/as presentes, la orientadora da algunas instrucciones sobre comportarse adecuadamente y otras atinentes a actividades propias de la institución.

La facilitadora pregunta si saben por qué están allí. Una estudiante responde que es por unas charlas de sexualidad, que por eso mandaron un permiso. Otros/as asienten.

La facilitadora pide que manteniéndose de pie se acomoden en

Al mismo tiempo la facilitadora ha pasado al grupo un volante con los objetivos, los contenidos y dinámica de las sesiones. Repasa lo contenido en el volante sobre los temas a tratar y las reglas básicas para conducirse durante las sesiones

Luego de hacer esta introducción la facilitadora les pide a los/as estudiantes que llenen un pequeño cuestionario, ante lo cual algunos hacen gesto de desagrado. Algunos/as se sientan en el suelo, otros reacomodan los pupitres para sentarse. En tanto van terminando entregan el cuestionario y hablan entre ellos/as.

círculo y se presenta, dice de dónde viene y explica la duración y cantidad de sesiones que trabajarán sobre el tema de sexualidad saludable. Además, indica que el espacio se tratará con confidencialidad y que podemos compartir con confianza y respeto mutuo. Reparte un volante con los objetivos, contenidos y dinámica de las sesiones. Recalca lo contenido en el volante sobre las reglas para conducirse durante las sesiones.

Junto con el volante, la facilitadora reparte el cuestionario inicial y los gafetes, pero pide que aún no le coloquen el nombre y que por favor llenen ese pequeño cuestionario de manera individual. Mientras van terminando, la facilitadora les pide que acomoden los pupitres alrededor del aula para tener más espacio

Tabla 9- Sesión 1: Segunda parte, Cohesión grupal y caldeamiento

<b>Objetivo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tiempo</b>
Propiciar un ambiente apto para el intercambio grupal que sirva de base para el impacto esperado.	Conocimiento del grupo por parte de la facilitadora.	20 minutos

### *Liceo San Nicolás de Tolentino*

La facilitadora invita a que se reacomoden en círculo usando sillas. Desde el centro del círculo agradece el llenado del instrumento e indica que van a realizar una actividad para entrar en calor y que ella pueda conocerlos/as.

Un par de estudiantes demuestra poca disposición ya que ellos ya se conocen entre sí. La facilitadora explica la actividad en donde el o la estudiante señalado por la facilitadora debe decir el nombre de la persona a su derecha o a su izquierda según la facilitadora diga “piña” o “mango”. La mayoría logra decir el nombre el nombre de su compañera/o a tiempo para no pasar al centro a ocupar el sitio de la facilitadora. Al decir “canasta revuelta” todos/as buscan un sitio diferente donde ubicarse para no quedar en el centro. Se repite sucesivamente y al final una estudiante ocupa el centro del círculo y la actividad llega a su fin cuando la facilitadora lo señala.

Posteriormente se reparten gafetes con gacillas y marcadores para que el grupo escriba su nombre y se lo coloque en un lugar visible.

### *Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz*

La facilitadora agradece el llenado del instrumento e invita a que se ubiquen sentados en círculo porque van a realizar una actividad para conocer al grupo. Los/as estudiantes se ven dispuestos/as y animados/as.

La facilitadora pide que se ubiquen sentados en el suelo, luego explica la actividad en donde el o la estudiante señalado por la facilitadora debe decir el nombre de la persona a su derecha o a su izquierda según la facilitadora diga “piña” o “sandía”. No todos/as se conocen por lo que deben preguntar de antemano los nombres de sus compañeros/as. Algunos/as compañeros pasan al centro a ocupar el lugar de la facilitadora. Al decir “canasta revuelta” todos/as buscan un sitio diferente donde ubicarse para no quedar en el centro y quien se acomode de último queda en el centro. Se repite sucesivamente y al final nuevamente la facilitadora ocupa el centro del círculo.

La facilitadora indica que pueden poner el nombre al gafete y colocarlo en un lugar visible. Deben portarlo en todas las sesiones.

Tabla 10- Sesión 1: Tercera parte, Ejercicio principal

<b>Objetivo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tiempo</b>
Examinar el concepto de sexualidad hasta consensuar una definición.	Promoción de la espontaneidad. Vencimiento de las resistencias.	20 minutos
	La sexualidad, como concepto pluridimensional.	10 minutos

***Liceo San Nicolás de Tolentino***

La facilitadora señala que ahora realizarán una actividad. Se dirige a sacar la diadema con antenas de la mochila y los/as estudiantes se muestran jocosos/as y expectantes. La facilitadora señala que ella es una extraterrestre recientemente llegada al planeta y que requiere aprender muchas cosas sobre los habitantes del planeta.

Empieza con la pregunta: “¿quiénes habitan este planeta?”. El estudiantado enumera variados animales y plantas, así como a los seres humanos. En este punto la facilitadora pregunta: “¿cómo son los seres humanos?” Ante lo cual algunos enumeran características físicas y otros se refieren

***Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz***

Acomodados igualmente en círculo la facilitadora indica que ahora realizará una entrevista con una extraterrestre y que el grupo debe explicarle cómo funcionan algunas cosas en este planeta. Se coloca la diadema con antenas de la mochila y los/as estudiantes se muestran expectantes.

La facilitadora inicia: “*ahora que estoy conociendo este planeta, la primera pregunta que quiero hacer es ¿quiénes lo habitan?*”

La primera respuesta espontánea es seres humanos. Otros/as mencionan plantas, animales y microorganismos. La facilitadora pregunta: “*¿Cuál de estas es la especie*

a los seres humanos como los más inteligentes o que ejercen más dominio sobre la tierra. La facilitadora pregunta: “¿por qué ejercen más dominio sobre el planeta?”. Algunos dicen que es porque vivimos en todas partes y porque nos hacemos cargo de los animales y la naturaleza. O la destruimos, señalan algunos.

La facilitadora pregunta: “¿Los seres humanos son todos iguales?”, de la cual se sigue un largo no al unísono. El estudiantado discute airadamente las diferencias entre las personas en términos de color de piel, lenguas e incluso religiones.

También indican que hay hombres y mujeres. Ante esto la discusión se torna más intensa pues algunos señalan que ahora hay de todo, que ya no son sólo hombres y mujeres, que hay gays y lesbianas y, hay gente que se cambia de sexo que no es del todo hombre o mujer.

La facilitadora pregunta: “¿Qué es ser hombre o mujer?” La mayoría concuerda con los aspectos biológicos

*dominante?”* La respuesta unánime es que los seres humanos. La facilitadora pregunta: “¿cómo son los seres humanos?” Los/as estudiantes mencionan varias características: cuidan/destruyen el planeta, pueden hablar, están en todo el mundo, hablan diferentes idiomas.

La facilitadora continúa: “¿si hablan diferentes idiomas, son todos diferentes?” Una estudiante contesta que sí somos diferentes pero en lo general somos iguales. La facilitadora pregunta: “¿Ustedes que viven en el mismo lugar y hablan el mismo idioma son iguales?” Ante esto el grupo dice que no y aportan elementos distintivos como el sexo o las cualidades físicas. La siguiente interrogante es “¿en qué se diferencian hombres y mujeres?” El grupo describe principalmente las características físicas en términos de genitales y estructura del cuerpo.

Pregunta: “¿sólo hay diferencias físicas?” En este punto comienzan a discutir sobre cómo se comportan y visten las mujeres y los hombres, el largo del cabello, pero también entra en discusión que mucho de esos son estereotipos y que, según

asociados a los sexos pero entra en discusión la observación de un compañero: “no todos los que nacen hombres siguen siendo hombres o así”.

Esto dirige la discusión a la expresión de género y las formas de comportamiento que tienen hombres y mujeres. Una estudiante señala: “es que en general los hombres tienen sexo con mujeres y así pero a veces entre hombres... o mujeres con mujeres”.

La facilitadora pregunta qué es tener sexo y la discusión migra a los ámbitos biológicos de la sexualidad.

La facilitadora pregunta: “¿Entonces cualquiera se puede juntar con cualquiera para procrear? ¿Deciden procrear en un momento dado y lo hacen?”. Muchos tratan de responder al mismo tiempo tratando de explicar que la gente se quiere y tiene un plan, y que tener hijos no es a la ligera. La facilitadora dirige la pregunta a “¿Qué es quererse, qué es amarse?”. Ante esto el grupo ideas como estar juntos, sentirse bien con la otra persona. La

una compañera “ya eso no es tan así porque hay cosas que antes eran más de hombres y ahora son más de mujeres y al revés”.

Un compañero también indica que ahora también hay más homosexuales y algunos hacen trabajos que eran más vistos en mujeres, como ser estilista. Otro indica que no todos los que cortan pelo porque unos son barberos y no son gays. Otra compañera manifiesta que también hay mujeres choferes de bus.

La facilitadora pregunta: “¿Y cómo se reproducen los seres humanos?” Un silencio inicial y luego comienzan a mencionar que se deben tener relaciones si uno quiere tener un hijo, o según indica una compañera: “incluso cuando no se quiere tener, pero si tienen relaciones se puede meter la pata”.

La facilitadora pregunta ¿qué es tener relaciones? El grupo participa hablando de la penetración en términos tanto coloquiales como usando los nombres específicos de la biología implicada en el coito. Una estudiante bromea con el cuento de la abeja y la flor.

facilitadora pregunta: “¿Los seres humanos siempre tienen hijos?”. Se sigue un rotundo No generalizado. “Entonces los que no tienen hijos no tienen contacto sexual...”.

La discusión se aviva y el estudiantado explica que se puede tener contacto sexual sin querer tener hijos y también hay personas que no pueden. Al preguntar por qué no hay reacciones o si las hay se apela a la decisión personal. La facilitadora insiste: “Debe tener una ventaja para quienes lo hacen...”. Una estudiante indica que “es porque se sienten bien y se tienen confianza, por eso la gente... tiene sexo”.

La facilitadora pregunta: “¿Implica sensaciones agradables?”. Algunos responden que sí y posteriormente profundizan sobre los vínculos afectivos que hacen que las personas.

Debido a lo limitado del tiempo la facilitadora hace un resumen en donde explica lo que como extraterrestre ha aprendido sobre la sexualidad humana y que esta tiene que ver con elementos cuatro elementos: los biológicos, los de

La facilitadora pregunta “¿en qué momento deciden procrear?” Las respuestas iniciales se asocian a querer la paternidad o a los recursos económicos. La facilitadora pregunta “¿entonces si yo tengo los recursos económicos y estoy en general preparada para tener un hijo o hija, escojo a una pareja y lo hago?” Aquí la discusión se centra en el afecto y cómo sería más recomendable estar en una relación y que las dos personas se quieran, pero también argumentan que tampoco es necesario porque hay muchas mujeres que lo hacen solas y seguro también hombres. Menciona una compañera también que a veces no son los papás los que cuidan los hijos sino los abuelos., entonces que se pueden tener hijos y no estar preparado/a.

“¿Si se pueden tener hijos sin estar preparado o preparada, se puede no tener hijos/as aunque la persona esté preparada?” Los/as estudiantes reflexionan sobre esta pregunta, algunos/as señalan que hay personas que simplemente no desean tenerlos y no lo hacen, ser papá no es una obligación o la persona no siente inclinación por tener hijos. La facilitadora pregunta

género, que es aquello que socialmente se considera masculino o femenino, los placeres y los relacionados con el vínculo entre las personas, según lo que se ha discutido.

La facilitadora se quita las antenas y da las gracias al grupo por haber hablado a la extraterrestre.

Indica que ya que se ha hablado de la sexualidad y todo aquello que la compone por favor tomen las revistas y marcadores disponibles y por favor construyan un collage colectivo sobre un papel periódico que ella va a pegar a la pizarra.

Algunos/as utilizan los marcadores para escribir en el cartel si ven que no encuentran lo que buscan en las revistas. Un par de estudiantes toman el liderazgo sobre cómo debería quedar el collage y otros siguen la propuesta, mientras otros participan lo mínimo. El producto final es una silueta humana que en las extremidades tiene elementos de los cuatro holones de la sexualidad que la extraterrestre

*“¿entonces quienes no tienen hijos/as no tienen contacto sexual?”* A esto sigue un amplio no de parte del grupo y un compañero explica que “igual hay gente que sí lo hace pero no es para tener hijos sino porque es divertido”.

Indican, además, que también la gente tiene sexo sin querer hijos porque quiere a la pareja y es parte de la relación.

La facilitadora pregunta *“¿por qué es divertido?”* Algunos/as responde porque es rico, porque se siente bien, porque es íntimo. *“¿Si es ideal quererse, qué es quererse?”* Algunos/as mencionan estar enamorado/a, querer compartir la vida siempre, sentirse conectado con alguien.

La facilitadora finaliza la entrevista haciendo un resumen de lo mencionado. De acuerdo a lo que le han contado puede concluir que la sexualidad humana se compone de varios elementos: los de género, es decir, lo que socialmente se considera masculino o femenino, los biológicos, todo lo que tiene que ver con la genitalidad, los placeres o sensaciones agradables y los relacionados con el vínculo entre las personas.



mencionó en el resumen, sobre todo el holón afectivo.

La facilitadora da las gracias al grupo por haber hablado a la extraterrestre y se quita las antenas.

Siguiendo con el tema de la sexualidad, indica que ya que se ha hablado de la sexualidad y todo aquello que la compone por favor tomen las revistas y marcadores disponibles y construyan un collage colectivo sobre un papel periódico que ella pega a la pizarra. Espontáneamente se organizan en subgrupos y hacen diferentes conjuntos de collages. El producto final es de tres conglomerados donde hay dibujos de corazones e ilustraciones de personas de la mano, un preservativo, personas sonriendo, una mujer en ropa interior con unas letras en grande con el título “Sexualidad”.

Tabla 11- Sesión 1: Cuarta parte, Integración de la vivencia y conclusiones

<b>Objetivo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tiempo</b>
Integrar la vivencia de la sesión.	Construcción grupal	10 minutos

*Liceo San Nicolás de Tolentino*

A partir de lo plasmado en el collage, la facilitadora pregunta al grupo qué se llevan de la discusión y lo que se trató en la sesión del día.

Hay mucha participación en la cual los/as estudiantes, sobre todo las mujeres hacen énfasis en la necesidad de sentirse bien con la otra persona y que “la sexualidad no es sólo lo que la gente llama sexo”.

Aparece además surge el tema de que no necesariamente para experimentar las relaciones se tiene que tener contacto sexual.

*Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz*

A partir de lo plasmado en el collage, la facilitadora pregunta qué piensan y sienten sobre lo llevado a cabo la sesión de hoy, y qué se llevan.

El grupo menciona que en la sexualidad hay cosas complicadas, y que es fácil lastimarse o lastimar a otros, y que la sexualidad es más que la genitalidad. Un compañero destaca: “no sólo se trata de tener sexo, que también están los sentimientos”.

Tabla 12- Quinta parte, Cierre y encadenamiento con la próxima sesión

<b>Objetivo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tiempo</b>
Resolver dudas específicas sobre sexualidad.	Inquietudes del estudiantado	5 minutos

*Liceo San Nicolás de Tolentino*

Para finalizar la facilitadora da las gracias por la rica experiencia de esta primera sesión y les comenta que ella colocará un buzón y junto a él papeles en blanco donde podrán escribir preguntas o inquietudes que les parezcan importantes abordar en sesiones posteriores. La facilitadora reparte los papeles. Un estudiante pregunta si es necesario escribir una pregunta y la facilitadora indica que no aunque es deseable. Tres estudiantes no depositan preguntas en el buzón.

La facilitadora agradece nuevamente y les recuerda el horario de la próxima sesión. Les solicita devolver las sillas donde estaban al principio de la clase.

*Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz*

Para finalizar la facilitadora da las gracias por la experiencia enriquecedora de esta primera sesión. Comenta que les va a repartir unos papeles y que en el buzón pueden colocar preguntas que deseen hacer sobre sexualidad, salud, responsabilidad y demás. En caso de no querer preguntar nada igualmente depositen el papel diciendo que no tienen ninguna pregunta.

Una vez depositan todos los papeles, la facilitadora agradece nuevamente y les recuerda el horario de la próxima sesión. Les solicita acomodar el aula como estaba al inicio.

## **Sobre la dinámica grupal y la vivencia de la experiencia**

Liceo San Nicolás de Tolentino: dieciocho participantes (nueve mujeres, nueve hombres)

Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz: catorce participantes (nueve mujeres, cinco hombres)

Para la dinámica grupal en ambos grupos resulta fundamental que la actividad de caldeamiento con el uso de nombres y frutas permita la activación de los/as participantes. Su naturaleza lúdica y la necesidad de moverse por el espacio invitan al estudiantado a entrar en calor y permite a la facilitadora conocer mejor a los y las estudiantes.

La importancia de la dinámica de grupo queda establecida desde la teoría cognitivo social, uno de los ejes principales de esta intervención, la cual señala que las personas se desenvuelven con base en tres elementos, los factores personales, la conducta y el ambiente (Bandura, 1986). Estos elementos en interacción marcan el inicio de la dinámica de grupo en forma distinta para ambos grupos, sobre todo el asociado con los factores personales.

Por un lado, en el *grupo Rafael Hernández* los y las estudiantes tienen una relación amena entre ellos/as antes de iniciar las sesiones. Desde el comienzo de la sesión la interacción entre el grupo y la facilitadora fue fluida. La dinámica de grupo se presenta distinta dado que el estudiantado se conoce de previo, de manera que el grupo no se construye desde cero en el contexto de esta dinámica, el grupo es preexistente. En contraste, el *grupo San Nicolás* debe crearse en el contexto de los talleres pues los y las estudiantes vienen de secciones distintas.

Otro aspecto destacable es que se observa confusión en conceptos como identidad de género y orientación sexual para ambos grupos en la actividad de entrevista con la extraterrestre. Debido a que no se trató de un ejercicio principal y de que el tiempo es limitado la facilitadora no se detiene a abordarlo. La naturaleza de la actividad está enfocada en la construcción conjunta donde el objetivo es poner en evidencia la sexualidad como multidimensional y no en la explicación magistral. La actividad fue muy útil para poner información en común, pero no necesariamente resalta errores o falencias en el

manejo de la información. Sin embargo, resulta en un elemento importante para tomar en cuenta al impartir contenido asociado a sexualidad, sobre todo por la necesidad de observar la integralmente.

Parece que de los cuatro componentes descritos por Rubio (1994): género, afectividad, reproductividad y erotismo, el tema del placer en su relación con la sexualidad no aparece con facilidad ni espontáneamente, como sí sucede con la genitalidad y el afecto. De este modo el erotismo como parte de la sexualidad debe ser inducido en la discusión por parte de la facilitadora. Esto sucedió en ambos grupos con el fin de generar una concepción de la sexualidad que sobrepase la concepción biologicista tradicional.

Al finalizar la actividad de la entrevista extraterrestre ambos grupos están animados. El collage se vuelve una actividad que estabiliza los ánimos después de que estuvieran encendidos con el ejercicio principal, de manera que sirvió para canalizar el tema.

Condiciones de trabajo: La sesión en el Liceo San Nicolás de Tolentino se da en un aula destinada para tal efecto por parte de una de las Orientadoras. Los pupitres están acomodados alrededor. La mayor parte del estudiantado está presente al inicio. Dos ingresan durante la presentación. Según lo conversado con la orientadora este es el lugar en donde en lo sucesivo se llevarán a cabo las sesiones.

La facilitadora olvida decir al estudiantado que debe traer los gafetes durante todas las sesiones. El ejercicio principal se extendió diez minutos más de lo previsto. No se observa que estén deseosos/as de que termine la sesión, sino más bien cómodos/as e interesados/as.

En el caso del *grupo Rafael Hernández*, sesión se da en un aula facilitada por la orientadora, que no se estaba utilizando en ese momento. No se sabe si se seguirá utilizando esta aula para las siguientes sesiones puesto que no está clara su disponibilidad. Para el buzón de preguntas, antes de que el estudiantado deposite los papeles, la facilitadora indica que, aunque no tengan preguntas todos/as deben depositar en el buzón, esto a raíz de que con el otro grupo algunas personas no participaron en la actividad del buzón.

## Eje cognitivo

Tabla 13- Sesión 2: Primera parte, Introducción

Objetivo	Contenido	Tiempo
Resolver dudas específicas sobre sexualidad	Inquietudes del estudiantado	10 minutos

### *Liceo San Nicolás de Tolentino*

Cuando la facilitadora entra al aula ya los/as estudiantes está en el lugar, algunos adentro, otros afuera de a puerta. La facilitadora los saluda e invita a quienes están afuera a entrar. Les pide que acomoden las sillas en círculo.

De la bolsa de implementos saca el buzón de preguntas y les indica a los estudiantes que si recuerdan la sesión anterior habían quedado en retomar las preguntas del buzón posteriormente. En el buzón se encuentran las siguientes preguntas:

- 1- *¿Cuál es la mejor edad para empezar a tener sexo?*
- 2- *¿Se puede quedar embarazada si no hay penetración?*
- 3- *¿Por qué todo lo del sexo es tabú?*
- 4- *¿Es verdad que aunque uno tenga la regla igual puede*

### *Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz*

Los/as estudiantes van ingresando. La mayoría no tiene gafete. La facilitadora los saluda e indica que quien no tiene gafete se haga otro. Les pide que acomoden los pupitres que van a usar en círculo.

Saca el buzón de preguntas y les indica a los estudiantes que si recuerdan la sesión anterior habían quedado en retomar las preguntas del buzón posteriormente. Las preguntas son

1. *¿La primera vez que la gente tiene relaciones duele o puede ser que a unos no les duela?*
2. *¿Se pueden tener relaciones cuando la mujer está*

*quedar embarazada?*

- 5- *¿Los gays nacen así?*
- 6- *¿En la menstruación se pueden tener relaciones?*
- 7- *¿Cierto o mentira que se puede quedar embarazada la primera vez?*
- 8- *¿A los hombres y a las mujeres les duele la primera vez o sólo a las mujeres?*
- 9- *¿La primera relación sexual se puede quedar embarazada?*
- 10- *¿Qué pasa si uno toma alcohol y tiene sexo?*
- 11- *¿Los gays y lesbianas igual se pueden contagiar de las infecciones?*
- 12- *¿Qué pasa si se rompe el preservativo?*
- 13- *¿Cuál es el mejor preservativo?*
- 14- *¿Por qué las relaciones de pareja ya no duran? O por lo menos en el cole es así.*
- 15- *¿Cuál es el tamaño normal del pene?*

Dos estudiantes no depositaron preguntas. Un papel traía una pregunta personal que no tenía que ver con los objetivos de las sesiones.

*con la menstruación?*

3. *¿Cuándo una persona tiene sexo la primera vez puede darse el embarazo?*
4. *¿Cómo se usa el condón?*
5. *¿Cómo se usan los anticonceptivos?*
6. *¿Cómo tienen sexo los homosexuales?*
7. *¿Qué se hace si se rompe el preservativo?*
8. *¿Se puede quedar embarazada si el hombre termina afuera?*
9. *¿Aunque no haya penetración el embarazo se puede dar?*
10. *¿Qué es el punto G?*
11. *¿Cómo tiene sexo los gays?*
12. *¿Puede explicar los pasos para poner el condón?*

Un papel fue en blanco y uno tenía una pregunta personal, no atinente a los objetivos de las sesiones.

La dinámica llevada a cabo para abordar el buzón de preguntas fue en primera instancia apelar a las opiniones del propio estudiantado y luego, tomándolas como punto de partida, una intervención informada por parte de la

La primera pregunta genera discusión entre los/as estudiantes, pues la facilitadora la refleja directamente al grupo. La mayoría llegan a la conclusión de que es una pregunta muy personal y que tiene que ver con cada uno, cuando se sienta listo. La facilitadora concuerda con que se trata de una elección personal y que tener contacto sexual, sea por primera vez o en cualquier momento debe ser por el deseo personal y no una decisión forzada. Además indica que en la investigación se observa que aquellas personas que no inician actividad sexual a una temprana edad están menos expuestas a conductas sexuales de riesgo y a embarazos no planeados. Una estudiante pregunta “¿por qué o si es que automáticamente tener relaciones tarde me va a hacer no quedar embarazada o algo por el estilo?”.

La facilitadora rectifica: el contacto sexual a los 14 años a los 20 acarrea los mismos efectos, no se trata de que si tengo contacto sexual a los 20 o si lo tengo a los 14 haya más o menos riesgo, sino que si una persona toma la decisión de esperar un poco es posible que sea más reflexiva sobre prácticas convenientes y saludables, que tome menos riesgos o sea menos impulsiva, y por tanto eso se

facilitadora. No siempre se propició la participación estudiantil dada la naturaleza específica de la pregunta o el factor tiempo.

Con respecto a la pregunta sobre el dolor durante la primera relación sexual, algunas estudiantes dicen que sí duele pero que no necesariamente porque hay unas a las que no les duele.

La facilitadora señala que durante la primera relación sexual el dolor depende más de la forma en que se haga y la tranquilidad con que la pareja se lo tome, por lo que no necesariamente hay dolor. En algunos casos, el estrés o la tensión pueden provocar que duela.

Ante la pregunta sobre el coito durante la menstruación, el estudiantado no manifiesta una posición y prefieren dejar que la facilitadora la aborde. Esta manifiesta tener contacto sexual durante la regla es una decisión de pareja y que no hay un impedimento fisiológico para que se dé.



refleje en su vida sexual y los efectos asociados a esta.

La facilitadora indica, además, que debido a que durante la adolescencia las conexiones con la parte del cerebro que tiene que ver con el control de impulsos y el planear al futuro aún no están bien establecidas, en esta etapa es aún más importante la reflexión sobre nuestras acciones y sus consecuencias.

La segunda pregunta también genera discusión pues la mayoría opina que no se puede dar el embarazo si no se da la penetración. Sin embargo la facilitadora aclara que ciertamente aunque el riesgo de embarazo es menor, la posibilidad de embarazo está presente siempre que el semen o el líquido pre seminal entran en contacto con los genitales femeninos.

En la tercera pregunta la facilitadora la refleja directamente al grupo. Algunos/as estudiantes indican que es por asuntos religiosos mientras otros/as que es por la forma en la que los papás se criaron. Una compañera apunta “depende, pues no en todas las familias se ve como tabú”.

Respecto a la posibilidad de embarazo durante el primer contacto sexual, la facilitadora enfatiza en que tanto para hombres como para mujeres, en una relación heterosexual las posibilidades de embarazo son las mismas tanto si es la primera vez como si no.

La pregunta sobre cómo colocar el preservativo se abordará posteriormente en otra sesión, por lo que la facilitadora indica que más adelante se tratará el tema en profundidad.

Particularmente sobre cómo se usan los métodos anticonceptivos, la facilitadora hace una diferencia entre los tipos de métodos anticonceptivo y cómo opera cada tipo: de barrera, hormonales, quirúrgicos, intrauterinos, naturales.

Explica en qué consisten estas categorías, da ejemplos para cada una, e insiste en que la mayoría sólo protege contra el embarazo y que sólo el preservativo, femenino y masculino, previene las infecciones de transmisión

La facilitadora concuerda con que la sociedad en muchas ocasiones ha puesto una carga de prohibición asociada a la sexualidad pero que al mismo tiempo la promueve, lo cual da como resultado mensajes confusos que llevan a la gente a vivir la sexualidad con algún grado de culpabilidad asociada.

Para la cuarta pregunta, la facilitadora señala que es verdad que la posibilidad de embarazo durante la menstruación es menor que durante la ovulación pero que igualmente existe, sobre todo si la mujer tiene un ciclo hormonal irregular, es decir, si el día de la menstruación no cae en días exactos o si los ciclos son de menos de 28 días.

En la quinta pregunta, sobre si las personas homosexuales nacen o se hacen, las opiniones son divididas, aunque se inclinan mayormente a ser una preferencia de nacimiento. La facilitadora indica que aunque no está claro del todo, la investigación al respecto indica que hay un gran componente genético y biológico involucrado en cuanto a la atracción sexual que experimentamos los seres humanos.

sexual. También explica por qué tomar las pastillas todos los días a la misma hora es importante para disminuir el riesgo de fallo en el método.

Respecto a la vivencia de la sexualidad en personas homosexuales, la facilitadora señala que existen diferentes formas de acercarse sexualmente a otra persona pero qué prácticas específicas depende de cada pareja. Excluyendo la penetración pene-vagina, la búsqueda del placer se puede dar con el contacto anal, que es el contacto entre pene y ano, el sexo oral, que es el contacto entre boca y genitales, así como la estimulación manual de los genitales, y los besos y caricias en el cuerpo en general.

La facilitadora recuerda que el placer no sólo se desprende de los genitales, sino que todo nuestro cuerpo es sensible, y por eso es importante la propia exploración de las zonas erógenas.

Ante la pregunta de qué pasa si el preservativo se rompe,

Ligada con la pregunta anterior, la interrogante sobre si se puede tener contacto sexual durante la menstruación la facilitadora señala que no hay un impedimento fisiológico para que se dé el contacto sexual durante la regla y que es una decisión de pareja. Debe tomarse en cuenta, tal como se mencionó, que en todo caso sigue existiendo la posibilidad de embarazo.

Respecto a la posibilidad de embarazo durante el primer contacto sexual, la facilitadora es enfática en que tanto para hombres como para mujeres, en una relación heterosexual las posibilidades de embarazo son las mismas tanto si es la primera vez como si no.

Con respecto a la pregunta sobre el dolor durante la primera relación sexual el estudiantado no debate al respecto y prefiere que la facilitadora aborde la pregunta. Esta indica que durante la primera relación sexual el dolor no está necesariamente siempre presente y que este depende más de la forma y la delicadeza con la que se dé.

Una estudiante señala que ella nunca ha oído que a los hombres les duela, a lo cual la facilitadora indica que es mucho menos frecuente

un compañero señala que “es mejor parar apenas se den cuenta y rezar porque no pase nada”.

La facilitadora indica que antes de pensar qué hacer en caso de que el preservativo se rompa, debemos primero prevenirlo y esto es, no exponerlo al calor, no abrirlo con uñas o dientes, ni guardarlo más allá de la fecha de caducidad, y colocarlo adecuadamente en toda la extensión del pene erecto, sin dejar burbujas de aire. En caso de romperse es preferible detener el contacto sexual y usar un nuevo preservativo.

En la octava pregunta, sobre la posibilidad de embarazo si se interrumpe el coito la facilitadora refleja la pregunta al grupo y este indica que puede ser que a veces funcione. La facilitadora es enfática en señalar que este método es muy propenso a fallar y por eso es muy inseguro, pues requiere de mucho autocontrol por parte del hombre y aun cuando el hombre saque el pene a tiempo la posibilidad sigue existiendo ya que en el líquido pre seminal hay espermatozoides.

escuchar del tema del dolor en la primera relación sexual para los hombres y que es posible que eso se deba a que la exploración de los propios genitales es más aceptada y nombrada en los hombres y que por esa razón tal vez lleguen a su primer encuentro sexual con cierto nivel de manejo y conocimiento de estos, y que por tanto, sea menos frecuente relacionar dolor y contacto sexual en el caso de los hombres. La siguiente pregunta está repetida y se abordó anteriormente.

La décima pregunta es sobre qué sucede si se consume alcohol y se mantiene contacto sexual. Al redirigir la pregunta hacia el estudiantado este prefiere mantenerse callado. La facilitadora señala que aparte de los obvios efectos que provoca la ebriedad en la manera de coordinar el habla, el movimiento y el razonamiento, el consumo de alcohol u otras sustancias puede volver a la persona más propensa a tomar riesgos y saltarse reglas, por lo cual es una situación que es mejor evitar.

Con respecto a si las personas homosexuales pueden contraer infecciones de transmisión sexual, los/as estudiantes coinciden en que sí es posible aunque no hay certidumbre sobre cómo. La

Asociada a esta pregunta se encuentra la de la posibilidad del embarazo cuando no hay penetración. El grupo tiene opiniones divididas. La facilitadora aclara que si bien el riesgo de embarazo es menor, la posibilidad está presente siempre que el semen o el líquido pre seminal entran en contacto con los genitales femeninos.

En cuanto a la pregunta sobre el punto G, la facilitadora indica que este es un sitio cuya existencia ha sido polémica en el ámbito científico y que no hay acuerdo sobre su existencia, por tanto es posible que dependa de la anatomía particular de cada mujer.

El punto G se define como una zona especialmente sensible dentro del canal vaginal, en dirección de la cara frontal, entre 3 y 8cm de la entrada. La facilitadora explica que la estimulación del este punto puede llevar a una alta excitación sexual, e incluso al orgasmo. También hace referencia al llamado punto G masculino,

facilitadora señala que no es la orientación sexual la que nos hace vulnerables a una u otra infección sino más bien los comportamientos, aquellas cosas que pongamos en práctica y que las prácticas sexuales son variables y las pueden realizar tanto homosexuales como heterosexuales. La facilitadora invita al grupo a nombrar diferentes formas de contacto sexual: al final en la pizarra se observa el contacto genital, anal, oral y manual.

La facilitadora pregunta por el contacto manual con otras partes del cuerpo y el grupo en general indica que no hay contagio de esa manera a menos que se involucre sangre. Al señalar el contacto oral la mayoría indica que se puede contagiar pero se muestran indecisos sobre el cómo. La facilitadora señala que en efecto hay algunas infecciones de transmisión sexual que se pueden contagiar por el contacto entre boca y genitales, como ciertos Virus de Papiloma Humano (VPH), clamidia, herpes, sífilis, hepatitis, gonorrea y que este riesgo se incrementa cuando hay eyaculación o existen cortes o llagas, tanto en la boca como en los genitales. Además indica que el riesgo se disminuye utilizando preservativo o una lámina de látex.

que se puede palpar en la zona entre el ano y el escroto o bien por la estimulación de la pared frontal del recto, y que puede llevar al orgasmo o una gran excitación sexual.

Algunos/as expresan que sólo habían oído hablar del femenino y otros/as que de ninguno de los dos. Una compañera expresa que “seguro esos son más inventos de la gente que otra cosa”.

La facilitadora indica que hay más discusión alrededor de la existencia del punto G femenino porque la investigación no logra poner en claro si es un tejido diferenciado por sí mismo. En el caso del masculino, se sabe que no hay ningún tejido diferenciado, sino que la gente ha llamado así a la estimulación de la próstata porque hay personas que encuentran su estimulación placentera. Sin embargo, sabemos que cada uno/a puede tener mapeadas las sensaciones placenteras de manera diferente en el cuerpo, de modo que lo que es agradable para una persona puede que no lo sea para otra.

Una estudiante pregunta si se puede contagiarse el VIH, a lo que la facilitadora destaca que es posible aunque la probabilidad es ínfima y que es por el contacto anal y vaginal que se presenta mayor riesgo pero que este aumenta en las condiciones que se mencionaron antes. En cuanto al contacto sexual anal la facilitadora aclara que este es el de mayor riesgo en cuanto al VIH, seguido del sexo vaginal. También hay otras infecciones que se transmiten por contacto anal y vaginal como la clamidia, gonorrea, herpes, sífilis o el VPH y una de las formas más importantes de protección es el chequeo y el uso del preservativo, ya que aunque no elimina el riesgo por completo sí lo disminuye notablemente.

Ante la pregunta de qué pasa si el preservativo se rompe, el grupo bromea y hace comentarios fatalistas. La facilitadora indica que antes de pensar qué hacer en caso de que el preservativo se rompa, debemos primero prevenirlo y esto es abriéndolo sin uñas y sin dientes, no guardarlo en un lugar muy caliente o durante mucho tiempo y colocarlo adecuadamente, sin dejar burbujas de aire y cubriendo toda la extensión del pene erecto. Pero si se rompiera lo mejor es detener el contacto y utilizar un nuevo preservativo.

En cuanto a cómo las personas homosexuales tienen contacto sexual, la facilitadora recuerda diferentes formas de contacto y que es decisión de cada pareja cómo se va a acercar al ámbito sexual. Así, hay un rango de prácticas que las parejas pueden escoger, de modo que la búsqueda del placer se puede dar con el contacto anal y oral, así como la estimulación manual, y los besos y caricias.

La facilitadora enfatiza que el placer no sólo se desprende de los genitales, sino que todo nuestro cuerpo es sensible. Como pareja podemos inclinarnos por una o varias prácticas siempre y cuando lo hagamos de manera responsable.

La última pregunta sobre los pasos para colocar el preservativo no se aborda pues la facilitadora explica que habrá una sesión más adelante que tocará más a fondo el tema del preservativo y su uso correcto.

Asociada a esta pregunta está la de cuál es el mejor preservativo, a lo cual la facilitadora señala que si un preservativo es puesto a la venta al público es porque cuenta con registro sanitario que corresponde, por lo cual cualquier marca debe contar con los requisitos mínimos de seguridad. Con respecto al tamaño normal del pene, el promedio se encuentra entre 14 y 16 estando erecto.

Y finalmente con la pregunta asociada a por qué las relaciones no duran en el periodo de la adolescencia, la facilitadora reflexiona sobre cómo esta es una etapa donde se está construyendo la identidad y que con nos encontramos con que estamos probando experiencias nuevas y que en lo romántico, aunque lo vivimos con mucha intensidad, con frecuencia vemos la necesidad de probar nuevas experiencias.

Tabla 14- Sesión 2: Segunda parte, Caldeamiento

<b>Objetivo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tiempo</b>
Sensibilizar sobre las formas de transmisión del VIH	Transmisión del VIH	20 minutos

***Liceo San Nicolás de Tolentino***

Para la actividad de caldeamiento, la facilitadora saca una bola y les dice que ella va a contar una historia sosteniendo la bola en la mano y que quien tenga la bola debe continuar la historia de modo que todos/as deben pasarse la bola para ir construyendo la historia.

La historia la comienza la facilitadora con un personaje que es un adolescente de 16 años que vive en La Lima y que tiene una pregunta sobre la transmisión del VIH. Pasa la bola. La historia se construye así: *Este mae llamado Meneo tiene ganas de saber si su novia le contagió el SIDA el día anterior, entonces se metió a internet y vio imágenes asquerosas de muchas enfermedades sexuales y le dio miedo y se fue a lavar. Luego cambió de novia porque no quería seguir con la duda y*

***Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz***

A continuación se da la actividad de caldeamiento. La facilitadora saca una bola y les dice que ella va a contar una historia sosteniendo la bola en la mano y que quien tenga la bola debe continuar la historia de modo que todos/as deben pasarse la bola para ir construyendo la historia.

La facilitadora comienza la historia con un personaje que es una adolescente de 16 años que vive en Guadalupe y que tiene una pregunta sobre la transmisión del VIH. Pasa la bola. La historia se construye así: *La muchacha le preguntó a la mamá cómo se podía transmitir el SIDA y la mamá le dijo que no sabía pero que se podría morir, entonces ella le preguntó al papá y este le dijo que si cogía se podía contagiar. Pero como ella quería saber más vio un programa que hablaba de las*



*la novia nueva le dijo que se hiciera un examen o no le daba ni un beso.*

La historia termina cuando la ronda se completa y la bola llega nuevamente a la facilitadora. Esta indica que ahora la historia se trata de una muchacha, también de 16 años y que vive en El Carmen. Esta vez pasa la bola en sentido contrario a como venía. La estudiante decide seguir el hilo de la historia con el adolescente. *La muchacha vio los resultados de la prueba y le dijo que estaba bien pero que igual ni pensara que iban a tener sexo. Luego le contó a las amigas que la prueba había salido bien y ellas le dijeron que por qué no se la hacía ella también pero no quiso porque ella no había estado con nadie. Pero como una de las amigas era la ex del mae entonces se preocupó porque ella estuviera contagiada.* El estudiante termina la historia.

La facilitadora hace observaciones sobre el drama involucrado en la historia colectiva y menciona que hablando de la transmisión del VIH van a pasar a una actividad relacionada.

*enfermedades y los síntomas entonces le dijo a la mamá que la acompañara al doctor.*

La bola llega nuevamente a la facilitadora y cierra la historia. Esta indica que ahora la historia se trata de un muchacho, también de 16 años y que vive en Tejar e igualmente tiene una duda sobre la transmisión del VIH. Esta vez pasa la bola en sentido contrario a como venía. La historia se construye así: *Este muchacho no tenía novia pero quería una, lo que pasaba es que ninguna le daba pelota y todo mundo sospechaba que tenía gonorrea entonces ni siquiera lo tocaban con un palo. Entonces la abuelita le hizo un remedio pero no se lo quiso tomar porque sabía asqueroso.* La historia termina.

La facilitadora hace algunas observaciones sobre el drama involucrado en la historia colectiva y las formas en que ambos personajes intentaron resolver sus conflictos por medio de personas cercanas personal médico.

Tabla 15- Sesión 2: Tercera parte, Ejercicio principal

<b>Objetivo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tiempo</b>
Examinar los conocimientos sobre transmisión del VIH y prácticas seguras	Transmisión de VIH. Prácticas seguras.	35 minutos

*Liceo San Nicolás de Tolentino*

La facilitadora pide al grupo que se coloque en cuartetos. Son cinco grupos (cuatro de cuatro personas, uno de tres). Cada grupo tiene un tablero con forma de semáforo y entre cuatro y cinco tarjetas con prácticas sexuales. La facilitadora indica que cada una de las tarjetas debe ubicarse en el círculo rojo si tienen potencial riesgo de contagio de VIH, verde si no lo tienen y amarillo en caso de duda.

*Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz*

Ya que están hablando de transmisión de infecciones la facilitadora introduce el ejercicio principal, específicamente en el caso del VIH. Le pide al grupo que se coloque en cuartetos. Son cuatro grupos (dos de cuatro y dos de tres personas). Cada grupo tiene un tablero con forma de semáforo y seis tarjetas con prácticas sexuales. La facilitadora indica que cada una de las tarjetas debe ubicarse en el círculo rojo si tienen potencial riesgo de contagio de VIH, verde si no lo tienen y amarillo en caso de duda.

Las tarjetas tienen las siguientes prácticas:

Besos en la boca	Penetración vaginal utilizando pastillas anticonceptivas	Abrazos	Relaciones sexuales ocasionales	Compartir comida	Ayudar a una persona con sangrado de nariz
Compartir agujas	Bañarse junto a otras personas	Contacto sexual anal	Contacto sexual oral	Contacto sexual vaginal	Compartir vasos y/o cubiertos
Ir al dentista	Amamantar	Jugar fútbol	Contacto sexual entre mujeres	Contacto sexual entre hombres	Contacto sexual entre un hombre y una mujer
Recibir una transfusión de sangre	Tatuarse	Tener contacto sexual por primera vez	Compartir maquillaje	Embarazo	Penetración vaginal sin eyaculación

Los grupos hablan moderadamente entre sí y algunas personas ante la duda o la diferencia de opiniones pregunta a la facilitadora. Esta indica que luego de que terminen se abordarán todas las dudas.

Una vez que han terminado la facilitadora pide al grupo que se acerque al primer semáforo para ver a qué conclusiones llegaron y

Los grupos discuten, en ocasiones airadamente. Algunos/as preguntan dudas a la facilitadora y esta indica que luego de que terminen se abordarán todas las dudas.

Una vez que han terminado la facilitadora pide al grupo que se acerque al primer semáforo para ver a qué

así sucesivamente con todos los grupos. Las situaciones que mayor conflicto generaron fueron el ayudar a una persona con un sangrado en la nariz, el sexo oral, ir al dentista, tener contacto sexual por primera vez y la penetración vaginal sin eyaculación.

En el caso de una persona con sangrado en la nariz, el principal conflicto fue el hecho de que estuviera involucrada sangre. En la discusión afloró tanto la posición de que por el hecho que hay sangre se debe prestar atención aunque esto sólo pasaría si las personas supiera que la persona porta el VIH, de otra forma nadie la vería como una situación riesgosa por la exposición al fluido. Otros/s estudiantes manifestaron que aunque la persona portara el virus, sólo por tocar la sangre la persona no se va a contagiar. Ante esto entra a discusión el caso hipotético de que quien ayuda tuviera una herida por donde la sangre de ambas personas entrara en contacto. La facilitadora aclara que el contacto por el sangrado de nariz no representa riesgo de contagio, aunque, teóricamente, si se diera el caso particular de que quien presta asistencia tenga una herida y que la sangre de ambas personas entre en contacto, entonces hay un posible un riesgo, aunque sería mínimo. De hecho, nunca se

conclusiones llegaron y así sucesivamente con todos los grupos. Las situaciones que mayor conflicto generaron fueron: penetración vaginal utilizando pastillas anticonceptivas, el sexo oral, amamantar y contacto sexual entre mujeres.

La penetración vaginal usando pastillas anticonceptivas fue dudosa para uno de los subgrupos, sin embargo al analizar con el resto de los/as estudiantes la mayoría expresó que las pastillas sólo podían prevenir el embarazo y no el contagio de alguna infección, posición que fue ratificada por la facilitadora.

El contacto sexual oral generó discusión porque se sabe que este tipo de actividad conlleva transmisión de algunas infecciones, aunque no había seguridad sobre si también se podía transmitir el VIH.

La facilitadora indica que en efecto hay varias infecciones de transmisión sexual que se transmiten por contacto oral, y que existe teóricamente un riesgo de

han reportado casos de este tipo.

El contacto sexual oral, por su parte, generó discusión en el sentido de que si el VIH se transmite sexualmente y el sexo oral es una práctica sexual entonces tiene sentido pensar que pueda ser transmitido también oralmente. La facilitadora aclaró que el riesgo por contagio oral, aunque es teóricamente posible, es muy bajo. Eso no excluye que hay otras infecciones de transmisión que sí se transmiten por contacto entre boca y genitales.

Por otro lado, se discutió en qué dirección se transmitiría el virus, desde quien lo da o desde quien lo recibe (el estudiantado únicamente discutió la felación, no el cunnilingus). Cuando se le preguntó al grupo si se podría hacer algo para disminuir aún más el riesgo de contagio, acertadamente sugieren el uso del preservativo de manera unánime. La facilitadora agrega que lo mismo sucede con el contacto oral con la vulva y que los riesgos disminuyen usando una barrera de látex.

Con respecto al contacto sexual por primera vez, la discusión inició alrededor de la idea de que si es su primera vez usted no puede

transmisión de VIH aunque es muy pequeño. La facilitadora preguntó al grupo si se podría hacer algo para disminuir aún más el riesgo de contagio, a lo acertadamente sugieren el uso del preservativo.

En el caso de amamantar, se presenta el argumento de que el VIH se transmite sexualmente, no por amamantar. El grupo discute, sin embargo, no hay claridad en qué momento se puede dar, si en la gestación, en el parto o en la lactancia.

La facilitadora señala que se puede dar en cualquiera de los tres momentos y que la leche materna puede contener el virus porque tiene muchos glóbulos blancos. Es por esto que la leche materna es tan importante para el desarrollo de un recién nacido pero por esta misma razón puede ser un vehículo de transmisión.

En cuanto al contacto sexual entre mujeres, los/as estudiantes presentan dudas ya que anteriormente sólo

contagiar a nadie. Un estudiante mencionó que tampoco puede ser contagiado. Ante esto otro estudiante reacciona diciendo que “puede ser que la persona lo tenga, aunque nunca haya estado con nadie”.

La facilitadora rescata la intervención de los otros afirmando que, en efecto, aunque el VIH se transmite sexualmente, también existen otras formas de contagio y en este punto pregunta al grupo cuáles pueden ser estas. Mencionan la transmisión de la madre al bebé o la transfusión de sangre. La facilitadora agrega el compartir agujas. Con respecto al contacto sexual por primera vez, agrega que algunas veces las personas pueden creer que por ser la primera vez no hay ningún riesgo asociado, pero, aunque la propia persona no esté contagiada, su pareja, sabiéndolo o no, puede transmitirle un virus por contacto sexual.

Ir al dentista resultó controversial puesto que, si se generan lesiones al manipular la cavidad oral, puede que el contacto con la sangre resulte en un contagio. La mayoría de los/as estudiantes se muestran escépticos, y una compañera señala que para eso todos los doctores tienen que tener sus instrumentos sin contaminar y los cambian de

se ha hablado de la felación como vía de transmisión. La facilitadora señala que el riesgo de transmisión oral por el contacto con la vulva es aún menor que en el caso de la felación pero que para disminuir el riesgo y protegerse de otras infecciones de transmisión sexual se puede usar una barrera de látex. La discusión se enriquece ampliamente con la participación del grupo.

Antes de que los/as estudiantes se ubiquen nuevamente en sus lugares la facilitadora pregunta si hay alguno de los casos en los semáforos que podría volverse una situación segura si aplicáramos alguna medida o si hiciéramos algo diferente, e invita a los/as estudiantes a visitar los semáforos. Una estudiante sugiere que “en todo lo que tiene que ver con penetración tiene que usarse el preservativo, porque, por ejemplo, en el caso de tener relaciones tomando pastillas, eso aunque previene el embarazo no previene una infección”.

La mayoría del grupo concuerda. Otra compañera pregunta que en el caso de amamantar qué pasaría o si

un paciente a otro. La facilitadora, señala que, en efecto, no toda situación que involucre sangre representa un riesgo de transmisión de VIH puesto que es necesario que los fluidos de ambas personas entren en contacto, y que en la práctica médica los profesionales deben asegurarse de que su instrumental esté esterilizado y que a la hora de manipularlo se sigan rigurosas medidas de higiene.

Por último, en la penetración vaginal sin eyaculación, los/as estudiantes del subgrupo manifestaron tener dudas al respecto, de modo que, al preguntarle al resto del grupo, la mayoría se muestra indeciso. Solamente un estudiante responde que igual, aunque no termine adentro el hecho de tener contacto puede ser riesgoso. La facilitadora resalta que no sólo por medio del semen se puede dar la transmisión, sino también por medio de los fluidos vaginales y el líquido preseminal, por lo cual, aunque no haya eyaculación el riesgo de contagio aún existe.

La discusión se enriquece ampliamente con la participación del grupo. Antes de que los/as estudiantes se ubiquen nuevamente en sus lugares la facilitadora pregunta si hay alguno de los casos en los semáforos que podría volverse una situación segura si aplicáramos

es que no se pasa amamantando.

La facilitadora le indica que el contagio de madre a hijo se puede dar tanto durante la gestación como durante el parto y la lactancia, por lo que es muy importante que la madre se someta a tratamiento pronto para evitar la transmisión y que una vez se hayan tomado medidas con el embarazo y el parto posiblemente quien la atienda recomiende que no amamante al bebé ya que la leche materna también es un vehículo para el virus.

La facilitadora también rescata el punto abordado previamente sobre el contacto sexual oral en donde se indicó que aunque el riesgo bastante menor, aún existe y que en este caso es importante usar preservativo o bien una funda de látex.

alguna medida o si hiciéramos algo diferente, e invita a los/as estudiantes a visitar los semáforos. Una estudiante sugiere que en todo lo que tiene que ver con penetración tiene que usarse el preservativo, porque, por ejemplo, en el caso de tener relaciones tomando pastillas, eso, aunque previene el embarazo no previene una infección. La mayoría del grupo concuerda.

Otra compañera pregunta que en el caso de amamantar qué pasaría o si es que no se pasa amamantando. La facilitadora le indica que el contagio de madre a hijo se puede dar tanto durante la gestación como durante el parto y la lactancia, por lo que es muy importante que la madre se someta a tratamiento pronto para evitar la transmisión y que una vez se hayan tomado medidas con el embarazo y el parto posiblemente quien la atienda recomiende que no amamante al bebé ya que la leche materna también es un vehículo para el virus. La facilitadora también rescata el punto abordado previamente sobre el contacto sexual oral en donde se indicó que, aunque el riesgo bastante menor, aún existe y que en este caso es importante usar preservativo o bien una funda de látex.



Tabla 16- Sesión 2: Cuarta parte, Integración de la vivencia y conclusiones

<b>Objetivo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tiempo</b>
Reflexionar sobre la forma de discriminar prácticas sexuales seguras de inseguras	Construcción grupal	10 minutos

***Liceo San Nicolás de Tolentino***

La facilitadora indica que las observaciones que el grupo hizo en general fueron muy interesantes y que la discusión fue muy provechosa. Lanza la pregunta: ¿A qué conclusiones podemos llegar después de hablar de estas cosas? Al principio, los/as estudiantes no emiten ningún criterio. Posteriormente en grupo se hacen algunas reflexiones, las cuales son anotadas por la facilitadora en la pizarra en forma de ideas cortas:

- La importancia de la prevención.
- La importancia de informarse.
- El cuidado de uno/a mismo/a y de los/as otros/as
- Cuidarse no es difícil.

***Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz***

La facilitadora indica que la discusión fue muy provechosa y las observaciones muy interesantes. Indica que ya se acercan al final de la sesión y le gustaría saber a qué conclusiones pueden llegar después de lo abordado en la sesión de hoy. El grupo aporta algunas reflexiones, que son anotadas por la facilitadora en la pizarra en forma de ideas cortas:

- Hay muchos factores que influyen en cómo se transmite una infección.
- La responsabilidad en la sexualidad.
- La importancia de informarse.

Tabla 17- Sesión 2: Quinta parte, Cierre y encadenamiento con la próxima sesión

<b>Objetivo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tiempo</b>
Resolver dudas específicas sobre sexualidad	Inquietudes del estudiantado	5 minutos

***Liceo San Nicolás de Tolentino***

La facilitadora agradece al grupo la participación en la sesión y les recuerda que pueden depositar sus preguntas en el buzón para ser abordadas posteriormente. Ante un comentario de no tener nada para preguntar, a facilitadora indica que, aunque no tengan ninguna pregunta depositen el papel de todas formas.

Ya que la sesión se extendió un poco, el grupo se ve apresurado por salir y la facilitadora cierra la sesión dando las gracias y recordando la siguiente.

***Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz***

La facilitadora agradece al grupo la participación. Les recuerda que pueden depositar sus preguntas en el buzón para ser abordadas posteriormente. Les recuerda que aunque no deseen hacer ninguna pregunta igualmente depositen el papel indicándolo.

Los/as estudiantes no se ven apurados por dejar la clase y algunos/as se quedan conversando sobre algún programa o documental que vieron relacionado con sexualidad o se refieren a alguna experiencia que tuvieron.

## **Sobre la dinámica grupal y la vivencia de la experiencia**

Liceo San Nicolás de Tolentino: diecinueve participantes (nueve mujeres, diez hombres)

Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz: catorce participantes (nueve mujeres, cinco hombres)

Con respecto al *grupo San Nicolás*, el tiempo destinado al buzón de preguntas se vuelve poco pues las preguntas generan discusión e incluso más preguntas en el grupo, de modo que la facilitadora aborda algunas preguntas más específicas directamente sin redirigirlas al grupo para hacer un abordaje más rápido. A pesar de que son menos estudiantes en el *grupo Rafael Hernández*, esta parte de la sesión también toma un tiempo considerable aunque no afecta la distribución total de la sesión.

Tanto en esta sesión como en las otras donde se abordaron las preguntas del buzón efectuadas por el estudiantado, la dinámica dependió mayormente de los y las participantes. El sondeo de intereses se revela como un instrumento sumamente eficaz: porque supone la intervención y participación democrática del estudiantado en la determinación de los temas a abordar, lo que predispone favorablemente a su participación y también permite conocer el "lenguaje vulgar", utilizado cotidianamente para referirse a la sexualidad, de manera que se vuelve un puente de comunicación (Barragán, 1999).

En el *grupo San Nicolás*, el tiempo destinado a las historias del caldeamiento resulta suficiente. Incluso se dura menos de lo planeado ya que los/as estudiantes no elaboran demasiado en esta sección. Aunque el propósito es vencer resistencias y promover la espontaneidad el estudiantado no parece engancharse suficiente.

En este grupo, debido a que en la sesión anterior no todos/as entregaron preguntas la facilitadora indica que, aunque no deseen preguntar nada, igualmente depositen el papel en el buzón, esto para evitar que los/as estudiantes que sí tiene interrogantes se sientan inhibidos/as de hacerlo. En esta sesión se presentó un estudiante adicional que no estuvo durante la primera sesión. La facilitadora le brindó el material usado y el cuestionario inicial para ser llenado antes de integrarse a los talleres.

En la actividad de calentamiento, llama la atención el miedo al contagio y la creencia de que lo que se contagia es el SIDA y no el VIH, así como el uso de internet como método informativo, elemento que también se evidenció en el diagnóstico inicial de esta intervención. Asimismo se detectan creencias erróneas como que la presencia del virus se puede detectar inmediatamente después de la exposición.

Para ambos grupos, en el ejercicio principal los grupos no podían pasar de cuatro personas para evitar que pocos/as estudiantes decidieran y propiciar, en la medida de lo posible, que todos/as participaran. En esta actividad se vuelve importante que los y las participantes puedan apropiarse de los conocimientos a partir del juego, para reflexionar sobre sus propias prácticas sexuales o percepciones sobre estas.

Al confrontar ideas, el abordaje de información errónea se hizo de modo que pudiera aclararse sin sancionar. En este caso se enfatizó en que todos/as somos susceptibles de tener información incompleta o imprecisa, y por esto es importante aclararla colectivamente. De esta manera se facilitó la expresión de dudas por medio de una actitud abierta de escucha, lo cual dio como resultado una discusión amena.

Así, el contexto de aprendizaje permitió desarrollar los contenidos desde la base de la duda de estos, respetando su lugar como interlocutores/as y como aliciente para la búsqueda de respuestas. Es importante tomar en cuenta que en el desarrollo de procesos de enseñanza y aprendizaje, tanto en este en particular como a todo lo largo de los talleres no es posible esperar que determinados contenidos se construyan espontáneamente por el estudiantado sin el aporte de información exterior. De ahí la importancia de la función de la facilitadora y en general del sistema educativo, lo cual no implica una idea acumulativa de la información, sino la posibilidad de que los y las estuantes la incorporen para reestructurar su sistema explicativo de la sexualidad (Barragán, 1999)

Condiciones de trabajo: En el *grupo San Nicolás* se utiliza la misma aula que la sesión anterior. Los pupitres están acomodados alrededor. Todos/as están presente al inicio. La sesión con el *grupo Rafael Hernández* se llevó a cabo en un aula desocupada en ese momento.

## Eje actitudinal

Tabla 18- Sesión 3: Primera parte, Introducción

Objetivo	Contenidos	Tiempo
Resolver dudas específicas sobre sexualidad	Inquietudes del estudiantado	10 minutos

### *Liceo San Nicolás de Tolentino*

El aula tiene los pupitres acomodados en filas, ante lo cual la facilitadora pide al grupo que acomode los pupitres en las orillas de la clase. El grupo hace un círculo estando de pie. La facilitadora indica que quienes traigan el gafete se lo pongan y que si lo olvidaron, pueden hacer uno nuevo con los materiales que están en un pupitre.

La facilitadora señala que abordarán las preguntas del buzón:

1. *¿Si uno de los dos quiere pero el otro no cómo se hace?*
2. *¿Por qué no todas las mujeres sangran la primera vez?*
3. *¿Cuándo se da cuenta una persona de que es gay, cuando es pequeño, o en la adolescencia o al ser adulto?*
4. *¿Es cierto que el condón es de los mejores métodos?*

### *Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz*

Al llegar el grupo, la facilitadora pide que entre todos ayudemos a acomodarlos a la orilla para tener espacio.

La facilitadora saluda e indica que iniciarán la sesión del día con las preguntas que depositaron la sesión anterior:

1. *¿Cuál método anticonceptivo es el mejor?*
2. *¿A qué edad es adecuada para tener intimidad?*
3. *¿Cuándo uno tiene la regla puede embarazarse?*
4. *¿Por qué la primera vez duele?*
5. *¿Qué es el orgasmo?*
6. *¿Qué pasa si se le pasa tomar una pastilla?*
7. *¿Si el condón se rompe qué se debe hacer?*
8. *¿Las enfermedades se notan a la vista?*

5. *¿El mosquito puede o no transmitir el SIDA?*
6. *¿Cómo sucede el orgasmo?*
7. *¿De qué tamaño normal tiene que ser el pene?*
8. *¿Por qué la gente que se cambia de sexo?*
9. *¿Las pastillas engordan?*
10. *¿Cuál es la mejor manera de decirle a la gente que uno no es heterosexual?*
11. *¿Por qué la gente tiene tanto prejuicio con los homosexuales?*
12. *¿Cuántas veces es lo normal masturbarse?*
13. *¿Si uno quiere mucho al novio y quiere tener relaciones pero él no quiere qué se hace?*
14. *¿Qué es el orgasmo?*
15. *¿Hay un método 100% seguro?*
16. *¿Cuántos métodos anticonceptivos hay?*
17. *¿Cuáles métodos anticonceptivos existen?*

Dos papeles son depositados en blanco, sin pregunta.

Para la primera pregunta la facilitadora la refleja directamente al grupo. Una estudiante toma la palabra y señala que “si uno de los dos no quiere entonces no deben hacerlo”.

9. *¿Los condones que da la Caja son buenos o malos?*
10. *¿Puede hablar de los mitos y verdades del sexo?*
11. *¿Venirse afuera no es completamente seguro, pero a veces funciona, o no?*
12. *¿Cuántas enfermedades se pueden pasar?*
13. *¿Cuáles son los días donde las mujeres tienen más oportunidad de quedar embarazadas?*

Un papel es depositado sin pregunta.

Para la primera pregunta la facilitadora indica que los métodos anticonceptivos deben elegirse según convenga, de modo que no hay mejor ni peor sino que a la persona le puede servir más uno u otro de acuerdo a su situación particular: puede ser que no le guste tomar pastillas a diario, entonces opte por la inyección, o puede ser que no le caigan bien los métodos hormonales entonces prefiera usar de barrera, o puede ser que quiera un método irreversible entonces opte por una opción quirúrgica, etc. Sin embargo el preservativo femenino y masculino tiene una ventaja sobre los otros y es que además de prevenir

Otro compañero dice que sí, que la gracia es que quieran los dos. Otra estudiante señala que eso es muy personal y que hay que ver cómo está la relación de los dos a ver si van a llegar a ese punto. Otra indica que de todas formas no es necesario, y que si la relación es bonita y se caen bien tampoco es que sea obligatorio porque a muchos hombres y mujeres no les interesa meterse en eso.

La facilitadora señala que en efecto, una relación de pareja romántica no necesariamente implica el contacto sexual y que de hecho la convivencia, el aprender y apoyar el uno al otro son componentes muy importantes en una relación, la cual puede o no experimentar el contacto sexual. En el caso de que este se dé es importante que sea porque ambos lo desean y están preparados/as para llevar una vida sexual responsable y respetuosa de la otra persona. Y no sólo para el contacto sexual sino en todo ámbito de la relación de pareja lo que debe prevalecer es el consenso de las partes.

Con respecto a la pregunta sobre el sangrado en las mujeres la primera vez, la facilitadora indica que aunque con frecuencia se

el embarazo también previene las infecciones de transmisión sexual.

La pregunta sobre la edad adecuada de tener intimidad es reflejada al grupo. Un compañero manifiesta “para mí estar con alguien así es una decisión muy personal”.

La mayoría concuerda con que se hace cuando se siente. La facilitadora concuerda con que se trata de una elección personal y que tener contacto sexual, sea por primera vez o en cualquier momento debe ser por el deseo personal y no debe forzarse.

Sin embargo indica que la investigación sugiere que entre más se demore el inicio de la actividad sexual, menos se expone la persona a situaciones de riesgo de embarazo no deseado o contagio de infecciones.

Explica que si persona toma la decisión de esperar un poco es posible que se comporte de manera más reflexiva sobre prácticas responsables y controle mejor sus impulsos. Además, la facilitadora indica que debido a

escucha que siempre que una mujer tiene contacto sexual por primera vez va a sangrar debido a la rotura del himen, esto no es siempre cierto ya que depende tanto del cuerpo de la mujer como de la forma en que se lleve a cabo el contacto sexual. Muchas mujeres incluso nacen sin himen o este desaparece por sí solo o se rompe por actividades normales como brincar o montar en bicicleta. Y en caso de que el himen se conserve este puede tener muchas formas dependiendo del cuerpo de la mujer y no necesariamente es un recubrimiento de todo el canal vaginal. Si esto fuera así el flujo menstrual tendría dificultades para salir.

La facilitadora explica que puede tener forma de anillo, de media luna, tener muchas perforaciones, etc. y por tanto es posible que no haya sangre ni rasgaduras. En todo caso, para disminuir el riesgo de rasgaduras o molestias es importante asegurarse de que el canal vaginal esté lubricado para recibir la penetración, de otra forma puede ser doloroso o sangrar.

La tercera pregunta sobre cuándo sabe una persona que es gay, la facilitadora indica que es muy subjetivo, muy personal y que muchos lo descubren tarde por la presión social de llevar una

que durante la adolescencia las conexiones con la parte del cerebro que controla los impulsos aún no están bien desarrolladas, por lo que no ceder a conductas impulsivas nos ayuda a planear mejor y valorar los efectos a futuro.

La pregunta sobre la menstruación y la posibilidad de embarazo, la facilitadora señala que es verdad que la posibilidad de embarazo durante la menstruación es menor que durante la ovulación pero que igualmente existe, sobre todo si la mujer tiene un ciclo hormonal irregular, que es normal durante la adolescencia, o si los ciclos duran menos de 28 días.

En cuanto a la interrogante sobre el dolor en la primera relación sexual, la facilitadora señala que el dolor no es una condición necesaria de la primera relación sexual, sino que depende de la preparación a la hora de la penetración y la delicadeza con que se dé. Apunta que la adecuada lubricación es importante para que la fricción no lastime y por eso hay que dar tiempo al cuerpo para producirla, o en su defecto utilizar un lubricante



vida “normal” e incluso tienen parejas heterosexuales. Muchos lo perciben al llegar la pubertad, con los cambios hormonales que se dan en esta y otros en la niñez. Es realmente muy variable.

Respecto al preservativo como uno de los mejores métodos, la facilitadora recuerda lo que se ha venido hablando sobre este y que tiene ventajas por no sólo proteger del embarazo sino de ITS. Sin embargo, indica que qué tan bueno sea un método anticonceptivo depende de lo que usted necesite en ese momento ya que puede ser que se encuentre en una relación monógama y ambos estén seguros de que la otra persona no tienen ninguna ITS, por lo que podría resultarle más adecuado otro método hormonal o incluso quirúrgico. Con el preservativo hay varias ventajas porque se usa cada vez que se necesita y es accesible. También hay que tomar en cuenta que su seguridad porque en gran medida esta depende del manejo que se le dé a la hora de almacenarlo en un lugar que no sea muy caliente, no romper el paquete con uñas o dientes, posicionarlo cuando el pene esté erecto, no dejar ninguna burbuja de aire entre el pene y el preservativo y extenderlo a todo lo largo del pene.

adicional.

La pregunta del orgasmo despierta mucha curiosidad. La facilitadora saca unas láminas donde se observa un gráfico de la respuesta sexual humana y explica que el orgasmo es el punto de máximo placer experimentado durante un contacto sexual. La primera etapa es la excitación, que sucede cuando por pensamientos o sensaciones corporales nuestro cuerpo se dispone para un encuentro sexual y que se manifiesta con la erección del pene y la lubricación de la vaginal. En la fase de meseta se llega a un equilibrio agradable entre la excitación inicial y el orgasmo, con frecuencia acompañado de agitación. Y después de esta fase está el orgasmo en donde se experimenta un deseo de descargar toda la tensión sexual acumulada y es el pico máximo de placer. En los hombres generalmente se da la eyaculación y en las mujeres una mayor lubricación y contracciones de las paredes vaginales. Finalmente, en la etapa de resolución, poco a poco la persona se restablece.

Respecto a si el mosquito puede o no transmitir el VIH la facilitadora refleja la pregunta al grupo y la mayoría indica que no. Ella ratifica el criterio e indica que la probabilidad de contagio es nula y que la principal vía de transmisión es la sexual.

Respecto a cómo se da el orgasmo la facilitadora saca unas láminas donde se observa un gráfico de la respuesta sexual humana y explica que el orgasmo es el punto de máximo placer experimentado durante un contacto sexual y que es producto de un proceso donde primero hay excitación, que sucede cuando nuestro cuerpo se dispone para contacto sexual y se manifiesta por pensamientos o sensaciones corporales, para dar paso a la erección del pene y la lubricación de vaginal. Luego con la fase de meseta el encuentro sexual llega a un equilibrio placentero entre la excitación inicial y el orgasmo. Y después de esta fase está el orgasmo en donde se experimenta la descarga de la tensión sexual acumulada. En los hombres se da la eyaculación y en las mujeres una mayor lubricación y contracciones de las paredes vaginales. Y finalmente está la etapa de resolución donde poco a poco la persona se restablece.

Sobre la pregunta relativa al uso del preservativo, la facilitadora indica que en la próxima sesión se abordará en más profundidad. Sin embargo, asocia la siguiente pregunta pues tiene que ver con lo que se debe hacer en caso de que se rompa el preservativo.

La facilitadora explica que lo primero y más importante es evitar usarlo inadecuadamente para que no se rompa. Por esto es importante abrirlo sin uñas y sin dientes, no guardarlo en un lugar muy caliente, no usarlo después de vencido y colocarlo adecuadamente, sin dejar burbujas de aire y cubriendo toda la extensión del pene erecto. Sin embargo, en el caso de que se rompa, es importante desecharlo y usar uno nuevo.

Respecto a si las infecciones de transmisión sexual se pueden notar a simple vista, la facilitadora indica que no siempre y que regularme en las primeras fases no se notan, aunque pueden ser transmisibles y es posteriormente cuando aparece flujo con olor

Ante la pregunta sobre el tamaño normal del pene la facilitadora indica que el promedio está alrededor 14 o 15 cm en estado de erección. Además recuerda que por ser un promedio hay personas con mayor o menor tamaño pero que usualmente está entre los 11 y 19.

La pregunta sobre por qué la gente cambia de sexo es reflejada al grupo y este no emite ningún criterio. La facilitadora señala que lo que comúnmente se llama cambiarse de sexo es una manera en que algunas personas que no se identifican con el cuerpo con el que han nacido se acercan a la identidad sexual en la que se sienten mejor. Sin embargo, no todas las personas deciden pasar por estos cambios corporales, solamente quienes no se sienten cómodos con sus rasgos biológicos.

La siguiente pregunta sobre si las pastillas anticonceptivas engordan es respondida de inmediato por una estudiante que dice que depende de las pastillas y que algunas sí engordan. La facilitadora indica que en la investigación no se ha encontrado una relación contundente entre tomar pastillas y engordar, sin embargo, en algunos casos, debido a que todos los cuerpos son

desagradable o llagas, según el tipo de infección. Por eso la prevención es básica, aunque no haya signos visibles de que algo no va bien. El VIH, por ejemplo, aunque se transmite sexualmente, no presenta síntomas físicos hasta tiempo después.

Con relación a la calidad de los preservativos que distribuye la Caja Costarricense de Seguro Social, la facilitadora señala que el Ministerio de Salud debe asegurar la calidad de los mismos, de manera que deben cumplir con los requisitos mínimos de seguridad para ser utilizados por el público.

Dado que la pregunta sobre los mitos y verdades del sexo es muy general, la facilitadora la refleja al grupo, y pide que dé ejemplos de algunos mitos y verdades asociados a la sexualidad con los que se hayan encontrado.

Algunos aportes son:

“Profe, a veces la gente cree que tener sexo es besarse en una cama” (Una estudiante).

diferentes e interactúan de dista manera con las pastillas podría darse un aumento de peso.

Sobre la mejor manera de decirle a la gente que no se es heterosexual, una estudiante manifiesta que tiene que hacerlo poco a poco, mientras otra indica que no es necesario decirlo, que lo sea y ya. La facilitadora manifiesta que es una decisión personal y que depende de la particular dinámica familiar, pero que una idea es acercarse a las personas más queridas como familiares y amistades en un momento tranquilo en que todos/as estén relajados/as y hablarlo sin tapujos, haciendo énfasis en los lazos de amor y comprensión que hay entre ellos/as.

También es importante es no desanimarse si hay una reacción negativa al principio, y en ese punto debemos entender que conforme se vaya asentando la idea es posible que vaya desapareciendo la reacción negativa. Aún si la reacción negativa no desapareciera debemos estar tranquilos/as de que hicimos nuestra parte y de que cómo se sientan las otras personas no es nuestra responsabilidad, pero lo que sí es nuestra responsabilidad cómo nos sentimos nosotros/as mismos.

“También la buena o mala leche que reciba una mujer así tiene el trasero” (Un estudiante)

“Yo también oí que si se hace de pie la mujer no queda embarazada por gravedad” (Un estudiante).

“Las inyecciones o las pastillas no son tan efectivas porque a veces dan bendiciones sorpresa, pero eso sí es verdad” (Una estudiante).

Entre todos/as discuten esas ideas y la facilitadora enfatiza en la necesidad de usar uno y otro método anticonceptivo de manera correcta según sea el caso para evitar fallas y la importancia de saber que cualquier contacto sexual sin protección, acarrea la posibilidad de embarazo o transmisión de infecciones.

Lo anterior se relaciona con la siguiente pregunta en donde se indica que aunque el coito interrumpido no sea un método seguro en ocasiones funciona. La facilitadora señala que sí, puede haber ocasiones en las que no se dé el embarazo pero eso implica “jugarse el chance” tanto con el embarazo como con la transmisión de una posible

Relacionada con esta pregunta está la de por qué el prejuicio hacia las personas homosexuales. La facilitadora indica que muchas veces nos sentimos más cómodos/as con lo que nos es más familiar, y tememos a lo que no es conocido. Aunque es una reacción comprensible no es aceptable pues la convivencia en armonía se basa en ser respetado/a y respetar. Aun así, nuestra sociedad se encuentra en un período de transición y las nuevas generaciones están más receptivas a aceptar y respetar a los/as demás sin importar la orientación sexual.

En cuanto a la pregunta sobre la frecuencia de la masturbación, la facilitadora manifiesta que es una decisión personal. Sin embargo, debemos tomar en cuenta que, si la frecuencia es tal que dejamos de hacer actividades diarias, o sólo encontramos satisfacción en la masturbación y no en otras fuentes entonces es una señal de alerta de que posiblemente hay exceso de masturbación y/o otros problemas emocionales. Las siguientes preguntas sobre si uno de los dos no desea tener contacto sexual, y la del orgasmo, ya se habían abordado.

Sobre si hay un método anticonceptivo 100% un estudiante

infección.

Con relación a la cantidad de infecciones que es posible transmitir, la facilitadora enumera: clamidia, herpes, sífilis, VPH, gonorrea, VIH y tricomoniasis e indica las principales características de cada una, los efectos y en qué consiste el tratamiento.

La última pregunta sobre la ventana fértil femenina, la facilitadora la refleja al grupo. Una estudiante dice que es 14 días después de que viene la regla.

La facilitadora indica que usualmente, si el sangrado se da cada 28 días la ovulación se dará el día 14, sin embargo, no sólo somos fértiles ese día sino que cinco días antes y un día después de la liberación del óvulo. Esto debido a que los espermatozoides pueden sobrevivir hasta una semana dentro del cuerpo de la mujer para esperar la ovulación.

Esta información resulta sorprendente para el grupo y

señala que “ninguno es 100% seguro pero que algunos tienen porcentajes altos”. Otra indica que la abstinencia es el único 100% seguro. La facilitadora ratifica los aportes e indica que tal como se habló anteriormente podemos asegurarnos de alcanzar la mayor efectividad posible para un u otro método si seguimos las instrucciones adecuadamente.

Por último, con las dos preguntas sobre métodos anticonceptivos, la facilitadora primero hace una diferencia entre los tipos de métodos anticonceptivos: de barrera, hormonales, quirúrgicos, intrauterinos, naturales. Y de qué se trata cada tipo. Luego de explicar en qué consisten estas categorías, da ejemplos para cada una, e insiste en que la mayoría sólo protege contra el embarazo y que sólo el preservativo, femenino y masculino, previene las infecciones de transmisión sexual. Algunas estudiantes manifiestan lo inconveniente o desagradable que resultaría insertar algo en la vagina y la mayoría señaló que era preferible el preservativo masculino. La facilitadora también explica por qué tomar las pastillas todos los días a la misma hora es importante para disminuir el riesgo de fallo en el método.

algunos/as bromean con que eso explica muchas cosas.

Tabla 19- Sesión 3: Segunda parte, Caldeamiento

<b>Objetivo</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Tiempo</b>
Llevar hacia adentro la valoración social que reciben muchas personas que viven con VIH	Valoración social de las personas portadoras de VIH.	20 minutos

*Liceo San Nicolás de Tolentino*

Para la actividad de caldeamiento la facilitadora indica al grupo que tomen una tarjeta del tamaño de un cuarto de página y una gacilla, y que en ella escriban aquellas cosas que la sociedad piensa o la forma en que las personas en general reaccionan ante una persona que vive con VIH.

Cuando terminan la facilitadora las pide y las vuelve a repartir revueltas a todo el grupo mientras explica que deben caminar por el espacio con la tarjeta colocada en el pecho con la gacilla. Deben imaginar que portan el virus e ir leyendo las tarjetas de los/as compañeros/as.

Un par de minutos pasan y la facilitadora pide que piensen cómo se sentirían si este fuera el caso y la sociedad los/as tratara de

*Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz*

La facilitadora prepara la actividad de caldeamiento e indica al grupo que tomen una tarjeta y una gacilla, y que en ella escriban aquellas cosas que la sociedad piensa sobre quienes viven con VIH, o la manera en que las personas en general reaccionan ante una persona con esta condición.

Luego, pide y las vuelve a repartir revueltas a todo el grupo. Les pide que caminen por el espacio con la tarjeta colocada en el pecho con la gacilla. Deben imaginar que portan el virus e ir leyendo las tarjetas de los/as compañeros/as.

Pasados unos minutos, la facilitadora pide que formen un círculo y compartan cómo se sentirían la mayoría apunta que sería muy difícil enfrentar el rechazo tanto de desconocidos/as

esta manera. Entre las principales palabras que utilizaron los/as estudiantes se encuentran: miedo rechazo, asco, curiosidad sobre cómo se contagió, ignorar, ver feo, hablar pestes, alejarse, desconocer.

como de personas importantes, y que en este último caso, sería aún más difícil. También señalan el morbo de las personas por conocer cómo se dio el contagio, el asco, la indignación y la discriminación.

Tabla 20- Sesión 3: Tercera parte, Ejercicio principal

<b>Objetivo</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Tiempo</b>
Discutir algunas disposiciones sociales en cuanto al uso del preservativo y la interacción con personas que viven con VIH	Actitudes positivas hacia el preservativo. Actitudes positivas hacia las personas que viven con VIH.	40 minutos

***Liceo San Nicolás de Tolentino***

La facilitadora indica que hablando de todas estas cosas que pensamos sobre las personas que portan VIH ahora discutiremos varias ideas relacionadas. La facilitadora pide que formen tres grupos (quedan dos grupos de seis personas y uno de siete), reparte y pide que comenten y discutan las siguientes afirmaciones en los subgrupos

***Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz***

La facilitadora indica que ahora discutirán algunas ideas relacionadas a las actitudes hacia el VIH y las personas que lo portan. Pide que hagan tres grupos (se forman dos grupos de cinco personas y uno de cuatro), reparte y pide que comenten y discutan las siguientes afirmaciones con los/as compañeros/as del subgrupo:



---

No puedo imaginarme a un/a amigo/a con VIH/SIDA

---

El preservativo reduce el placer del sexo

---

Los condones, aunque estén buenos, pueden dejar pasar el VIH por sus poros

---

Usar preservativo es como bañarse con capa

---

Una mujer VIH positiva tiene derecho a embarazarse

---

La mayoría de la gente que vive con VIH/SIDA se infectó debido a comportamientos irresponsables

---

Si yo estuviera infectado/a con el VIH y le informara a mi pareja acerca de mi estado, ella/él me dejaría

---

Me sentiría cómodo/a compartiendo el baño con una persona que sé que es VIH positiva

---

Si me enterara de que un/a vendedor/a de comida o vegetales estuviera viviendo con el VIH, me sentiría cómodo/a comprándole

---

La facilitadora supervisa cómo van las discusiones entre cada grupo y cuando han terminado pide que los grupos circulen las tarjetas que estuvieron discutiendo al próximo grupo. La facilitadora insta a que traten de discutir puntos a favor y en contra de las afirmaciones en las tarjetas y que lo hagan desde el respeto.

Una vez que todos los grupos han discutido, la facilitadora

La facilitadora supervisa cómo van las discusiones entre cada grupo y cuando han terminado pide que los grupos circulen las tarjetas que tenían al próximo grupo. Además, insta a que traten de discutir respetuosamente puntos a favor y en contra de las afirmaciones en las tarjetas.

Al terminar, la facilitadora recoge las tarjetas, las lee una por una y pide a los/as estudiantes que expresen lo que han

recoge las tarjetas y las va leyendo una por una. Ante cada lectura pide a los/as estudiantes que expresen lo que han discutido en los subgrupos.

Respecto a la afirmación: "no puedo imaginarme a un/a amigo/a con VIH/SIDA" un estudiante comenta ligeramente que "sí, es difícil imaginarse eso, sobre todo si no es algo muy común como el SIDA, además que si usted tuviera eso seguramente no lo diría".

Otra estudiante interpretó la frase en el sentido de qué tan imposible o increíble sería que pasara algo así porque no es muy corriente oír a alguien que tiene eso. Otros/as compañeros/as asienten y uno destaca que lo que sucede es que del VIH se habla de mucho pero no es algo que se vea siempre entonces no se piensa mucho en eso.

La afirmación: "el preservativo reduce el placer del sexo" tampoco recibe mucha participación al principio. Una compañera dice que no puede opinar porque no es hombre, pero otra en su mismo subgrupo destacó que ellos/as hablaron de que

discutido en los subgrupos.

La afirmación: "el preservativo reduce el placer del sexo" despierta una discusión pues algunos estudiantes señalan que sí y otros que no. Una estudiante indica que "lo que pasa es que a muchos hombres no les gusta forrarse porque dicen que se siente diferente y les gusta más sin nada".

Otro destaca el inconveniente de no usarlo porque "jugársela puede dar como resultado un embarazo, pero, a veces las ganas pueden y el pensamiento de -no me va a pasar-".

Otro dice que es verdad que se puede sentir menos pero que tampoco es una anestesia porque sí se siente. Una estudiante señala, además que hacen preservativos que son más delgados precisamente por eso y que no hay excusa para no usar preservativo.

Para la afirmación de "Me sentiría cómodo/a compartiendo el baño con una persona que sé que es VIH positiva" la mayoría indica que esa no es una forma de transmisión entonces que

aunque la mujer no se ponga el preservativo, igual se siente. Otra compañera indica que ella ha escuchado eso pero que no sabe porque no le ha tocado experimentar. La facilitadora invita a los compañeros a participar y uno dice que puede ser que se sienta diferente pero igual no es que necesariamente se sienta mal. Otro dice que sí, que obviamente se va a sentir menos porque es un forro pero que no hay de otra. El resto del grupo se ríe.

Con respecto a: "Los condones, aunque estén buenos, pueden dejar pasar el VIH por sus poros", un compañero indica que nada que ver porque los condones no tienen poros mientras que otro le responde que de todas maneras se pueden romper. Una compañera aporta que no es lo mismo que se rompa el condón a que el SIDA se pase por los poros. Otra compañera pregunta si es verdad o no tienen poros. La facilitadora responde que el látex es un material impermeable y que perdería su utilidad como método de barrera si tuviera poros, pero como hablamos en la sesión anterior, es importante ser precavidos/as para evitar que se rompa. Otra compañera indica que “de todas maneras los

está bien pues no hay peligro. Otra estudiante manifiesta que “aun así es importante tener cuidado por si se da un corte o una herida”.

Otra afirmación es: “Si me enterara de que un/a vendedor/a de comida o vegetales estuviera viviendo con el VIH, me sentiría cómodo/a comprándole”. Un estudiante indica que sería raro, y seguro no lo haría o lavaría muy bien las frutas. Otra señala que no se puede pasar de esa manera entonces no tendría por qué haber desconfianza. Otro señala que no cree que nadie ande diciendo a viva voz que está contagiado porque se expone a que la gente lo aisle. Otra estudiante manifiesta que tal vez la fruta se pueda contaminar de alguna manera o que tenga sangre porque el vendedor se corte.

La facilitadora señala que el virus no sobrevive mucho tiempo fuera del cuerpo humano y por eso esta no es una forma de contagio. Les recuerda, además, que el contacto entre fluidos de ambas personas es una condición necesaria para que haya posibilidad de transmisión.

condones no son 100% seguros, entonces igual se podría contagiar”.

A estos varios/as compañeros/asienten. La facilitadora señala que, en efecto, aunque el preservativo es un buen método para evitar infecciones de transmisión sexual su eficacia no llega al 100% y que mucha de esta depende de cómo sea usado.

Para la afirmación: "Usar preservativo es como bañarse con capa". Un estudiante indica que esa afirmación los dejó un poco confundidos en el subgrupo. Otra compañera dice que ella se imagina como que pierde toda la gracia, o se quita la diversión. Un estudiante indica que no le parece que sea tanto así pero que igual no sabría decir. La facilitadora indica que si bien para algunas personas puede resultar tedioso utilizar el preservativo, debemos tomar en cuenta que es mejor pasar por una pequeña molestia a la potencial consecuencia de un embarazo cuando no está planeado o una infección de transmisión sexual.

La facilitadora pregunta por la afirmación: “Una mujer VIH positiva tiene derecho a embarazarse” ante lo cual una

Respecto a la afirmación: "no puedo imaginarme a un/a amigo/a con VIH/SIDA" una estudiante indica que “es muy difícil porque es como imaginarse que uno va a perder a alguien que quiere y nadie quiere pensar en eso”.

Otra indica que seguramente o el SIDA no es tan común o la gente no lo dice porque no es algo que se hable.

Un compañero indica que “si yo estuviera en ese caso de tener un amigo contagiado seguramente me preguntaría si está bien seguir con la amistad”

A esto otros/as estudiantes indican que no es justo quitarle la amistad a alguien pues ya de por sí la está pasando mal como para también discriminar a la persona.

Con respecto a: "Los condones, aunque estén buenos, pueden dejar pasar el VIH por sus poros", la mayoría indica que eso no puede ser cierto porque pierde la gracia. Una estudiante manifiesta que “de todas maneras hay que tener cuidado con que no se rompan”.

estudiante dice que sería mejor que no lo hiciera pero que si mete la pata pues ni modo, ya qué. Otro estudiante indica que sí, que si una mujer está contagiada es mejor que se cuide o que de plano no tenga relaciones. Una estudiante pregunta qué pasa si queda embarazada, o si quiere tener un bebé ¿cómo se hace o no se puede? La facilitadora le indica que pronto lo abordarán. Otro estudiante indica que lo que les llamó la atención es que ahí dice derecho, y que como dice “derecho a embarazarse” no se sabe si uno puede negarse o no, o si puede decir que una mujer tenga un hijo o no.

Otro estudiante pregunta ¿qué pasa si no es por accidente que se embaraza sino que en verdad quiere y tiene SIDA? Otra estudiante señala que si en verdad quiere tendría que consultarlo con el médico. La facilitadora señala que en la actualidad hay amplios tratamientos médicos para hacerle frente al virus. Pero que primero se debe diferenciar entre portar VIH y tener SIDA ya que en el primer caso la persona tiene el virus pero este no necesariamente ha debilitado lo suficiente sus defensas como para que se presenten los diferentes padecimientos. En este caso,

La facilitadora responde que, en efecto, el látex es un impermeable y no posee poros pero que de todas maneras debemos ser precavidos al utilizar el preservativo para que no pierda efectividad o se rompa, tal como se habló anteriormente sobre los cuidados al usar este método.

La facilitadora lee la afirmación: “Una mujer VIH positiva tiene derecho a embarazarse” ante lo cual un estudiante dice que “no está bien negarle la maternidad a alguien pero también es muy arriesgado y no puede pensar sólo en ella sino en la vida del bebé”.

Una estudiante indica que sería muy irresponsable y que una persona así mejor no piense en embarazo. Otra señala que cómo alguien ajeno puede decidir si alguien tiene un hijo o no, aunque haya riesgo, porque hay muchas personas con padecimientos que se heredan que igualmente tienen hijos, a como hay otros que no, pero es básicamente la decisión de cada uno. Otra indica que si bien es decisión sería mejor no exponer al bebé.

una mujer tiene un organismo fuerte como para llevar a término la gestación siempre que se someta al tratamiento médico apropiado y que a la hora del parto se tomen las medidas para evitar el contagio, lo mismo que a la hora de la lactancia. Sin embargo, cuando el SIDA ya se ha manifestado, el cuerpo de la persona puede estar muy debilitado, por lo que en este caso se debería tener un seguimiento médico. Sin embargo, debemos saber que la decisión de hacer frente a un embarazo siendo portadora de VIH depende de la mujer y que esta debe valorarla con adecuada asesoría médica.

En el caso de “la mayoría de la gente que vive con VIH/SIDA se infectó debido a comportamientos irresponsables” una compañera toma la palabra y dice que puede ser pero también puede ser que no, como lo que se hablaba antes del embarazo, podría ser que un niño ya nazca con eso. Otro estudiante indica que también con una transfusión y otro agrega que los drogadictos también porque usan las mismas jeringas y se las pasan unos a otros. Otra estudiante dice que “de todas maneras uno lo que más se sabe es que se transmite por relaciones

La facilitadora señala que en la actualidad hay amplios tratamientos médicos para hacerle frente al virus y que una mujer portadora debe someterse a un tratamiento específico para evitar transmitirlo. Esto en general es posible cuando se porta el virus pero la enfermedad del SIDA aún no se ha manifestado, pues cuando se manifiesta, dependiendo de cómo se afecte el sistema, el cuerpo podría estar muy debilitado para afrontar la gestación, el parto y si se da, la lactancia. Aclara, asimismo, que la decisión de hacer frente a un embarazo siendo portadora de VIH depende de la mujer y que esta debe valorarla con asesoría médica.

En la situación hipotética de “si yo estuviera infectado/a con el VIH y le informara a mi pareja acerca de mi estado, ella/él me dejaría” la mayoría indica que eso depende de cada pareja en particular. Una estudiante manifiesta que “aunque a lo mejor a la persona se le puede hacer difícil saber que es abandonada por su pareja también tiene que entender que es una reacción esperable”.

sexuales”.

Otra dice lo que hablaban en el subgrupo es que si se dieran cuenta de que alguien está contagiado lo primero que pensarían sería que quién sabe qué andaba haciendo. La facilitadora indica que ciertamente la vía sexual es la más importante forma de transmisión pero aun si usted se contagiara de esta forma no es necesariamente por un comportamiento irresponsable sino por falta de información y de ahí la importancia de estos talleres. Además, como señalaron, la vía sexual no es la única sino que hay otras formas de contagio, las cuales son prevenibles, como el uso de agujas compartidas.

En la situación hipotética de “si yo estuviera infectado/a con el VIH y le informara a mi pareja acerca de mi estado, ella/él me dejaría” una estudiante señala que eso depende de la persona, si es muy mala nota o si en verdad lo quiere. Además, indica otra estudiante: “tal vez eso pasaría si la persona no lo habla desde el principio y se lo dice al otro pasado un tiempo”.

Otra estudiante señala que puede ser que no lo deje porque no

Otra señala que otro punto importante es saber en qué momento de la relación de la relación le dice, porque no es justo que se haga después de que hayan mantenido contacto sexual. La facilitadora pregunta si poniéndose en esa situación de ser portador/a, el miedo al rechazo de la pareja jugaría un rol.

Un estudiante indica que “hablando honestamente y poniéndose en ese lugar sería muy difícil decir por el miedo a la reacción de la persona”.

La facilitadora indica que una persona que porte el VIH no debe dejar de comunicar a su pareja su estado por temor a que esta se vaya, ya que esta es una decisión personal y que si las dos partes están conscientes pueden tomar medidas para evitar la transmisión, en el caso de que hubiera actividad sexual. Sin embargo, aclara que no es obligatorio comunicar a otras personas cercanas.

Para la afirmación: "Usar preservativo es como bañarse con capa" el grupo se mantiene en su mayoría en silencio. Un

necesariamente tengan relaciones que es donde hay más peligro. La mayoría indica que eso depende del caso particular pero no hay seguridad sobre si se debe hablar con la pareja o no.

En este caso dicen que si van a tener contacto sexual es mejor decirlo pero que si no, no, a menos que se tenga mucha confianza. Volviendo a la afirmación original la facilitadora indica que una persona que porte el VIH no debe frenarse de comunicar a su pareja su estado por temor a que esta se vaya, ya que esta es una decisión personal. Si bien comunicar sobre la portación no es una obligación hacia otras personas en el círculo de quien lo porta, el decirlo a la pareja, sobre todo si se desea mantener contacto sexual, es importante para prevenir el contagio.

Para el caso de “Me sentiría cómodo/a compartiendo el baño con una persona que sé que es VIH positiva” un estudiante indica que estuvieron hablando de que en realidad no hay ningún peligro pero que igual da “cosilla”. Otra estudiante menciona que para nada, compartir el baño no tiene nada que ver y que tanto si se refiere como a bañarse o al servicio da igual

estudiante indica que es parecido a lo que hablaron antes sobre si se siente o no. Otro indica que esa afirmación los dejó un poco confundidos en el subgrupo. Una compañera dice que ella se imagina como que pierde toda la gracia, o se quita la diversión. Un estudiante indica que no le parece que sea tanto así pero que igual no sabría decir.

La facilitadora indica que si bien para algunas personas puede resultar tedioso utilizar el preservativo, debemos tomar en cuenta que es mejor pasar por una pequeña molestia a la potencial consecuencia de un embarazo cuando no está planeado o una infección de transmisión sexual.

Para la afirmación de “la mayoría de la gente que vive con VIH/SIDA se infectó debido a comportamientos irresponsables” una compañera expresa que a como puede ser que sí, también puede que no porque ya se ha hablado de las formas en que se transmite y que no sólo es sexual. Un compañero indica que “aunque sea sexual puede ser que la pareja de toda la vida se lo haya pasado debido a una infidelidad, y que en ese caso no es una irresponsabilidad”.



porque no es así como se pasa. Otra estudiante reacciona diciendo que sí es obvio que no se pasa pero si usted sabe que una persona está contagiada obviamente anda con más cuidado por si acaso hay una herida o algo. Otro estudiante destaca que es difícil imaginarse la situación porque nunca le ha tocado conocer a alguien así pero que seguro sería normal porque no hay que discriminar a nadie.

La facilitadora lee la última afirmación: “Si me enterara de que un/a vendedor/a de comida o vegetales estuviera viviendo con el VIH, me sentiría cómodo/a comprándole” y una estudiante dice que es el mismo caso que la anterior sólo que no se puede evitar pensar que le puede pasar. Otra interrumpe y dice que si se sabe cómo se pasa no tiene de qué preocuparse. Ante esto un estudiante indica que puede que el verdulero se corte y contamine la fruta. La facilitadora señala que el virus es frágil y no sobrevive mucho tiempo fuera del cuerpo y que este tipo de contagio no se da pues no hay contacto de fluidos.

Otra compañera expresa que “aunque no haya sido por irresponsabilidad, eso es lo primero que se pensaría”.

La facilitadora ratifica que la vía sexual no es el único medio de transmisión, aunque en este país es el principal y por esto la importancia de la información y las prácticas responsables ya que toda forma de contagio se puede prevenir. Y tal como han mencionado, es importante no estigmatizar a una persona por ser portadora del virus.

Tabla 21- Sesión 3: Cuarta parte, Integración de la vivencia y conclusiones

<b>Objetivo</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Tiempo</b>
Integrar la vivencia de la sesión.	Construcción grupal	5 minutos

***Liceo San Nicolás de Tolentino***

Señala, asimismo, que es importante revisar nuestros prejuicios y tomar conciencia de hasta qué punto se le llama prevención y en qué momento pasa a discriminación., y pide a los/as estudiantes que digan una palabra o frase corta sobre lo que se llevan de la sesión de hoy.

Uno por uno los/as estudiantes participan. Entre sus aportes destacan: No discriminar, prevención, respeto, informarse bien, conversar con personas de confianza, respetar la vida privada de otras personas, entre otros.

***Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz***

Después de realizar la discusión anterior la facilitadora conecta con la reflexión final de la sesión e indica que han hecho puntos importantes sobre algunas actitudes que como sociedad y como personas podemos tomar y que en algunos casos pueden caer en la discriminación.

Partiendo de lo discutido a lo largo de toda la sesión invita a los y las estudiantes a que digan una frase corta o palabra que muestre lo que sienten. Entre estas destacan: Respetar al otro, no caer en juicios precipitados, la importancia de pensar a futuro, ponerse en los zapatos de los demás, responsabilidad.

Tabla 22- Sesión 3: Quinta parte, Cierre y encadenamiento con la próxima sesión

<b>Objetivo</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Tiempo</b>
Resolver dudas específicas sobre sexualidad	Inquietudes del estudiantado	5 minutos

*Liceo San Nicolás de Tolentino*

La facilitadora agradece y reparte los papeles del buzón de preguntas mientras les recuerda que todos/as deben ingresar un papel en el buzón aunque no tengan preguntas y que la próxima es la última sesión así que deben aprovechar. El grupo termina y se despide de la facilitadora.

*Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz*

La facilitadora manifiesta que las participaciones han sido muy valiosas y que por último punto en la sesión del día todos/as deben dejar una tarjeta en el buzón de preguntas con alguna para que éstas se aborden en la última sesión. Una vez que terminan la facilitadora da las gracias y despide la sesión.

## **Sobre la dinámica grupal y la vivencia de la experiencia**

Liceo San Nicolás de Tolentino: diecinueve participantes (nueve mujeres, diez hombres)

Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz: catorce participantes (nueve mujeres, cinco hombres)

La facilitadora junto con la orientadora del Liceo San Nicolás de Tolentino van a convocar a los/as estudiantes, que no se encuentran en el aula. La sesión se retrasa unos diez minutos. Debido a que la sesión inicia atrasada, las actividades deben realizarse tomando en cuenta esta disminución del tiempo disponible.

Para ambos grupos, tanto para el caldeamiento como para el ejercicio principal, resultó importante propiciar que el estudiantado imaginara puntos de vista diferentes a los que en primera instancia afloran, para así ampliar la perspectiva. En el caso del ejercicio principal la facilitadora también fungió como punto de contraste para promover actitudes positivas. Asimismo, las actividades se condujeron de tal forma que se dejara lugar al debate y a la confrontación de ideas desde el respeto mutuo, pero promoviendo la reflexión y aclarando cuando aparece información errónea.

Un elemento fundamental en la discusión es que el estudiantado es el interlocutor principal y es desde su perspectiva de la que se parte, siempre con respeto, para apoyar, rechazar o reflexionar sobre escenarios alternativos y construir debate sano. En el trabajo sobre las actitudes se busca rescatar y valorar las posiciones de los/as estudiantes, aclarando y completando la información sobre los derechos sexuales y la discriminación. Esto se vuelve crucial sobre todo tomando en cuenta la importancia del abordaje que va más allá del conocimiento y hace uso de las actitudes como herramientas para la reflexión (Estrada, 2007).

Según Bandura (1986) una gran parte del aprendizaje humano ocurre de manera vicaria, es decir, sin ejecución abierta del que aprende, de modo que las fuentes comunes de aprendizaje vicario son observar o escuchar a modelos en persona o en medios de

comunicación. En este sentido, la dinámica grupal permite la experiencia compartida tanto de los elementos personales como los comunes que se derivan de vivir en la misma sociedad, para explorarlos en la apertura de un espacio para la reflexión sobre la propia experiencia.

La problematización sobre las situaciones que aparecían como dilemas sirvió para la construcción grupal, de manera que se lograra un estado de reflexión suficiente como para abandonar la perspectiva de blanco y negro y ver los matices en el espectro. En este sentido se reconoce la complejidad de la realidad. Sobre todo tuvo un impacto significativo aquellas situaciones en las cuales era necesario ponerse personalmente en dicho contexto para entender e imaginar una u otra acción a seguir.

El abordaje desde la vivencia implica poner en perspectiva la complejidad en su implicación de transformación, donde lo externo se individualiza, para dar paso a una reestructuración que adquiere nuevos significados en función de la personalidad individual y en interrelación con los otros (Hernández, 2010). Así, las acciones no sólo se orientaron menos hacia una metodología puramente informativa dados sus limitados resultados, sino también en actividades y situaciones ancladas en la cotidianidad y la reflexión personal (Camacho & Galán, 2015).

Condiciones de trabajo: La sesión con el *grupo San Nicolás* se llevó a cabo en el mismo espacio que las sesiones anteriores. El ensayo de la banda dificultó la dinámica pues era más difícil escuchar.

La orientadora de la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz asigna otro espacio para la sesión del día en una sala de la biblioteca. La sala tiene un par de mesas grandes y sillas. Esta sesión inicia con retraso pues los/as estudiantes tardan unos 10 minutos en llegar al nuevo lugar asignado para la sesión. Algunos/as no traen gafete, pero en este punto la facilitadora se ha familiarizado con los nombres, de modo que no les pide que se hagan otro.

## Eje pragmático

Tabla 23- Sesión 4: Primera parte, Introducción

<b>Objetivo</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Tiempo</b>
Resolver dudas específicas sobre sexualidad	Inquietudes del estudiantado	15 minutos

### *Liceo San Nicolás de Tolentino*

Cuando han llegado todos/as los/as estudiantes la facilitadora les da la bienvenida a la última sesión de los talleres. Ante lo cual se escucha un “aaah” triste.

La facilitadora muestra el buzón de preguntas y dice que estas serán las últimas en abordar pero que si alguien tiene más preguntas puede hacerlas sin ningún problema. De hecho, algunos estudiantes participan y hacen más preguntas.

Las preguntas son las siguientes:

1. *¿En el sexo oral se pueden dar contagios?*
2. *¿Cada cuánto hay que hacerse exámenes?*
3. *¿Qué tanto duele la primera vez?*

### *Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz*

La facilitadora ha preparado la computadora y el proyector. La orientadora va a buscar al grupo. Al llegar, la facilitadora les da la bienvenida a la última sesión de los talleres.

La facilitadora muestra el buzón de preguntas e indica que esta es la última sesión y las últimas preguntas pero que sobre la marcha pueden hacer más. Las preguntas son:

1. *¿Sería mejor tener relaciones después del matrimonio?*
2. *¿Cuánto puede vivir una persona con SIDA?*

4. *¿Si una persona se masturba muchas veces al día es malo?*
5. *¿Cómo sabe uno que el condón está bien puesto?*
6. *¿Por qué ponerse dos condones no sirve?*
7. *¿Cómo se puede hacer para aconsejar a alguien de que se cuide?*
8. *Si uno tiene novio y ninguno se le pasa por la cabeza tener relaciones ¿eso está bien?*
9. *¿A qué edad es normal tener relaciones?*
10. *¿Cómo tienen sexo los gays y las lesbianas? ¿Y cómo pueden sentir placer?*
11. *¿Hasta qué punto es normal celar y controlar a una persona?*
12. *¿Es normal no sentir nada por nadie?*
13. *¿Los gays nacen o se hacen?*
14. *¿Es cierto que ya hay cura para el SIDA?*
15. *¿Se puede quedar embarazada si el hombre se viene afuera?*
16. *¿Si se supone que el sexo no es malo entonces qué es lo malo del porno?*
17. *¿Los gays nacieron así?*

3. *¿Cuáles métodos anticonceptivos existen?*
4. *¿Es normal tener un pecho más grande que el otro?*
5. *¿Por qué los maes son tan inmaduros? Lo único que buscan es sexo.*
6. *¿Por qué a veces los gays son tan afeminados? O al revés, ciertas mujeres son marimachas.*
7. *¿Verdad que cuando uno tiene la regla no se puede quedar embarazada? O sea, puede ser, pero casi que no.*
8. *¿Si a uno se le olvida tomar la pastilla de fijo puede quedar embarazada o puede ser que no?*
9. *¿Hay alguna pastilla que no tenga efectos secundarios?*
10. *¿Por qué supuestamente las pastillas son tan efectivas y yo conozco muchas mujeres con bendiciones aun tomando pastillas o inyecciones?*
11. *¿Qué es el punto G?*
12. *¿Se pueden transmitir enfermedades por sexo*

18. *¿Qué es el punto g?*

Un papel es depositado en blanco. Para la primera pregunta sobre los contagios durante el sexo oral, la facilitadora les recuerda que en una sesión anterior hablaron sobre distintos tipos de contacto sexual e infecciones asociadas a cada uno. Les recuerda que hay infecciones que se pueden contagiar por el contacto de los genitales y la boca. El herpes, por ejemplo, no se puede curar pero se puede controlar una vez diagnosticado y se disminuyen las posibilidades de contagiar el virus a otras personas. Con el herpes, sea en la boca o en los genitales se hacen llagas dolorosas y se puede contagiar aunque en ese momento no haya un brote. También está la clamidia, que es común y curable pero que se puede complicar sin tratamiento, lo mismo pasa con la gonorrea. La hepatitis B también está presente en semen, sangre y fluidos vaginales y se contagia por vía oral también. El Virus de Papiloma Humano (VPH) es una de las más comunes y hay algunos tipos que pueden provocar cáncer de cérvix o vaginal. La sífilis se manifiesta con llagas en los genitales y

*oral?*

13. *¿Es cierto que tomar pastillas engordan?*

Respecto a la primera pregunta, sobre si es adecuado tener contacto sexual hasta el matrimonio, en la sesión anterior se abordó una interrogante semejante sobre la edad adecuada para el inicio. La facilitadora recapitula la posición generalizada del grupo de que esa era una decisión personal y que tanto si la persona decida esperar como si no, lo importante es que sea una decisión tomada desde la responsabilidad, porque realmente se desea y no por presión de la pareja u otras personas.

Respecto a la pregunta sobre cuánto puede vivir una persona que padezca SIDA. La facilitadora indica que esto es variable y que incluso podría no llegarse a presentar el SIDA aunque la persona porte el VIH, esto por características particulares del organismo o por los medicamentos antirretrovirales, o una combinación de ambas cosas.



es una infección que tiene cura pero puede provocar daños graves si no se trata. Las infecciones que se transmiten por vía oral generalmente también se transmiten por contacto vaginal y el riesgo aumenta cuando hay cortes o llagas, tanto en la boca como en los genitales. La facilitadora recuerda que para disminuir el riesgo de contagio es importante usar una barrera de látex o preservativo a la hora de tener contacto oral.

Respecto a la frecuencia de las pruebas para detectar ITS, la facilitadora indica que es importante que ambas personas se realicen un chequeo antes de empezar a tener contacto sexual y que aunque no se cambie de pareja es bueno revisarse cada año. Pero si la persona tiene factores de riesgo, como haber tenido alguna ITS antes o tener muchas parejas sexuales en poco tiempo o acostumbra tener coito sin protección, es mejor hacerse chequeos cada seis meses o menos. También es importante chequearse de inmediato si aparecen señales de alerta como úlceras, inflamación, olor desagradable o flujos de colores distintos a los usuales en el área genital, anal o

Cuando se presenta la enfermedad el tiempo puede variar a partir del contagio entre 2 y 15 años. Si el síndrome se presenta en poco tiempo puede deberse a que la persona no sabía que estaba infectada y por tanto no buscó tratamiento. En este momento aunque no puede curarse se le considera una enfermedad crónica porque las personas que se apegan a un tratamiento adecuado pueden vivir una vida de calidad.

Con relación a los métodos anticonceptivos existentes, la facilitadora recuerda que ya habían conversado sobre los tipos. Recuerda las categorías y da ejemplos de cada una: de barrera (preservativo masculino y femenino, diafragma, esponja vaginal), hormonal (pastillas, anillo, inyecciones, implante), quirúrgico (vasectomía, ligadura de trompas), dispositivos intrauterinos (DIU/SIU).

El estudiantado se muestra curioso y hace preguntas

incluso bucal.

Sobre el dolor en la primera relación sexual la facilitadora le recuerda al grupo que esa pregunta se abordó en la segunda sesión e invitó al grupo a opinar sobre la pregunta. Una compañera indica que “eso pasa cuando el mae es muy grosero, hay que hacerlo con delicadeza”.

Otros/as estudiantes asienten.

El tema de la frecuencia de la masturbación fue abordado en otra pregunta la sesión anterior. Y la facilitadora indica que masturbarse muchas veces posiblemente no tenga ningún efecto negativo en la salud, sin embargo recuerda lo hablado en la sesión anterior de que la masturbación debe ser un acto agradable entre muchos otros y no el único. Cuando se convierte en la única fuente de placer y se deja de hacer otras actividades importantes, entonces es una señal de preocupación. Sin embargo, en la pubertad, y en general en la adolescencia, es normal que los/as adolescentes estén apenas adaptándose al flujo hormonal y eso los impulse a

sobre cada uno, incluyendo la forma de conseguirse. Algunos/as indican que lo más fácil y accesible para ellos/as en ese punto de la vida es el preservativo porque otros métodos son permanentes o más complejos de adquirir.

La facilitadora responde la pregunta de la diferencia de tamaños entre los senos e indica que es normal que haya una ligera diferencia de tamaño y que no sólo pasa con los senos sino con otras partes del cuerpo y a los hombres también. Un compañero indica que también sucede con los testículos. El esto ríe.

La facilitadora también señala que aunque esta diferencia de tamaño es normal también es importante prestar atención a bultos o crecimientos anormales que se pueden detectar con el autoexamen de mama.

La interrogante sobre por qué los hombres suelen ser inmaduros en términos de relaciones románticas, la facilitadora la refleja directamente al grupo. Esto

masturbarse con frecuencia.

Sobre cómo se está seguro/a de que el condón está bien colocado la facilitadora señala que más adelante en la sesión hablarán sobre eso. Y en cuanto a colocarse dos preservativos, indica que la fricción entre látex y látex hace más probable que se rompan, de modo que usar dos preservativos al mismo tiempo es más inseguro que sólo usar uno. Esto aplica tanto para dos preservativos masculinos como si se usara uno femenino y uno masculino al mismo tiempo. Una estudiante pregunta el caso de usar dos preservativos femeninos. La facilitadora señala que no hay investigación al respecto pero podríamos asumir que, debido a que los preservativos no fueron diseñados para usarse uno sobre otro, lo importante es seguir las instrucciones de colocación y en ninguna de estas se propone utilizar dos preservativos al mismo tiempo, sean masculinos, femeninos, o ambos.

En cuanto a la forma de aconsejar a alguien para cuidarse, la facilitadora refleja la pregunta al grupo y entre las reacciones

genera una discusión en el grupo en donde los estudiantes señalan que no todos los hombres son así, y que es una generalización.

Algunas estudiantes concuerdan pero también dan ejemplo algunas situaciones que han observado. Una compañera destaca “profe, yo sé que no todos son iguales pero sí es cierto que hay hombres que se interesan por eso y luego jalan”.

Algunos estudiantes se ríen.

La facilitadora indica que en efecto las generalizaciones, como su nombre lo indica no aplican a todas las personas. Para muchas personas la atracción sexual empieza en la adolescencia e impulsa a buscar satisfacer las curiosidades, sin embargo, esto no es únicamente dado en los hombres ya que las mujeres también poseemos deseos pero en ocasiones la sociedad lo invisibiliza o da importancia en el deseo masculino.

del grupo está que es importante acercarse con un buen tono, sin ser mandón o agresivo, y que hay que decirle a la persona que si no quiere tener “bendiciones” o que le dé una enfermedad entonces que es mejor cuidarse. Otra compañera indica que es muy difícil aconsejar a alguien cuando se le ha metido una idea en la cabeza y que sólo cuando les va mal aprenden. La facilitadora manifiesta que cuando se trata de personas que amamos, debemos hacer lo que esté al alcance para que estén bien y que es importante que cuando queremos dar guía o consejo nos acerquemos en un tono amigable y nos interese por cómo se encuentra esa persona antes de querer aconsejarla. Es importante que esa persona no se sienta invadida sino segura y en ese punto es cuando se puede dar sugerencias específicas.

Con respecto a la pregunta de si está bien si en una pareja ni uno ni otro desea el contacto sexual, la facilitadora señala que es normal y es una decisión aceptable, ya que la actividad sexual no es un requisito para amar y apoyar a otra persona.

La pregunta sobre la edad a la cual es normal tener contacto

Recalca que aunque deseemos explorar estos deseos debemos hacerlo desde el respeto a la otra persona, sin engañar o aprovecharse de otros/as. A pesar de que este es el ideal esto no siempre se da, por lo que es importante tomar decisiones reflexivas, tratando de mirar a la persona desde distintas perspectivas y no solamente desde los sentimientos agradables que nos produzca compartir el tiempo con esta.

En este punto los/as estudiantes discuten sobre lo difícil que esto puede ser. Una estudiante recalca “es difícil quitarse la venda o ver defectos en una persona de la que uno está enamorada, así como que no sólo pasa que los hombres sean manipuladores o se aprovechen sino que también las mujeres”.

La pregunta sobre homosexuales y lesbianas que tienen rasgos típicamente femeninos o masculinos, respectivamente, es reflejada al grupo. Algunos/as indican que sucede algunas veces. Un compañero

sexual fue abordada en una sesión anterior. Si bien la edad de inicio del contacto sexual es una decisión personal y tiene que ver con qué tan preparada se sienta la persona, en nuestro país las estadísticas señalan que quienes inician la actividad sexual en la adolescencia lo hacen sobre todo entre los 14 y 16 años. Sin embargo, recuerda que tal como se habló antes, quienes esperan para iniciar la actividad sexual son menos vulnerables a embarazos no deseados o a involucrarse en conductas sexuales de riesgo. Siendo así, no hay una edad "normal" para iniciar la actividad sexual, lo importante es que sea a los 14 o a los 50 debemos hacerlo con responsabilidad.

En cuanto a cómo las personas homosexuales tienen relaciones coitales, la facilitadora recuerda que en una sesión anterior se habló de diferentes formas de contacto sexual y que hay un rango de prácticas que las parejas pueden escoger, pero que eso depende de cada una. Como es obvio se excluye la penetración pene-vagina, por lo que la búsqueda del placer se da con el contacto anal y oral, así como la estimulación manual, y otras prácticas placenteras como besos y caricias.

manifiesta que sólo lo ha visto con hombres afeminados y no mucho con mujeres, pero que tampoco ha visto o conoce lesbianas.

La facilitadora indica que en efecto, podría ser que haya visto una lesbiana en algún momento pero no lo sepa porque no "lo parece" y esto es porque es decisión de cada persona si expresa o no actitudes, comportamientos o formas de vestir tradicionalmente masculinos o femeninos. En algunos casos, les permite identificar personas de su misma orientación sexual, sin embargo esta es una decisión personal. Así como hay homosexuales que presentan rasgos femeninos de nuestra cultura, hay quienes no lo hacen, y lo mismo con las lesbianas.

La pregunta sobre la menstruación y el embarazo fue abordada con anterioridad. La facilitadora le recuerda al grupo que es verdad que la posibilidad de embarazo es menor que cuando se acerca la ovulación pero existe. Y que aunque existe la creencia de que durante

Debemos recordar que el placer no sólo se desprende de los genitales, sino que todo nuestro cuerpo es sensible, y por eso es importante explorar nuestras zonas erógenas.

Respecto a los celos y el control, la facilitadora indica que tanto en las en pareja como en la vida en general debemos relacionarnos a través del respeto. Muchas veces no podemos evitar sentir celos, pero lo importante es cómo actuamos a partir de ellos, siempre respetando a la otra persona, comunicando aquello que nos incomoda y valorar si lo que estamos pidiendo es razonable o no. La facilitadora manifiesta la importancia de comunicarse asertivamente y llegar a consensos y establecer límites, pero de ningún modo restringir la libertad de la otra persona. Sin embargo, si a pesar de los esfuerzos para equilibrar la relación de forma sana, el control y los celos mal manejados siguen dándose es mejor valorar si se abandona la relación.

Con la pregunta sobre si es normal no sentir nada por nadie, la facilitadora indica que es lo es y que, como ya se habló antes, todos tenemos nuestro propio ritmo y descubrimos la

o justo después de la regla se puede tener contacto sexual sin riesgo de embarazo, estos son días con posibilidades de fecundación, y más aún en la dolencia cuando la mujer suele tener ciclos irregulares.

Es menos probable que se dé en los días previos al sangrado que durante este o en días posteriores, pues con la menstruación se inicia un nuevo ciclo ovulatorio.

Con respecto al olvido de la pastilla, la facilitadora indica que la posibilidad de embarazo varía de acuerdo al momento del ciclo. Lo importante es que en cuanto la mujer se dé cuenta de que perdió una toma, debe hacerlo inmediatamente, aunque deba tomar dos a la vez.

Explica que si esto pasa en mitad del ciclo usualmente no hay problema y se puede seguir tomando la pastilla normalmente si sólo fue una pastilla, pero si pasa

atracción en diferentes momentos.

La pregunta sobre si las personas homosexuales nacen o se hacen ya se había abordado con anterioridad y la facilitadora la refleja al grupo. Una estudiante dice la vez pasada habían quedado en que es más probable que sea de nacimiento. La facilitadora recuerda que la investigación indica que hay un amplio componente genético, aunque aún no se sabe con certeza cómo funciona.

Con respecto a si existe una cura para el SIDA, la facilitadora manifiesta que hace unos meses un equipo de investigación logró eliminar todo rastro del virus en un hombre. Aunque es una buena noticia esta técnica está en investigación y aún no existe un tratamiento disponible para la población en general, por lo que sólo se puede prevenir y combatir el avance una vez que la persona porta el virus.

Con respecto a si se puede dar el embarazo si se interrumpe el coito, la facilitadora es enfática en que este es un método muy inseguro y que aun cuando la eyaculación se dé fuera de

cerca del final o del principio es mejor consultar con el/la médico y usar un método adicional no hormonal como el preservativo.

Relacionado con esto, se tiene la pregunta sobre los efectos secundarios de las pastillas. La facilitadora indica que cualquier método que intervenga con las hormonas va a tener efectos secundarios pues afecta la función del organismo y por esto es importante consultar con el/la médico.

También asociada con la anterior está la interrogante sobre la efectividad de las pastillas e inyecciones versus casos de embarazos no deseados cuando se usa este método. La facilitadora explica que con este y con todo método gran parte de la efectividad depende en gran medida de su correcta utilización, de no saltarse la toma o las inyecciones y que el uso perfecto se estima entre 91% y 99%.

Y una última pregunta asociada a las pastillas es si

la vagina el líquido preseminal contiene también espermatozoides, por lo cual podría resultar en un embarazo. En todo caso, el coito interrumpido requiere que el hombre tenga un adecuado control de su cuerpo para parar a tiempo la penetración y por tanto hay mucho lugar para errores. Lo mejor es utilizar preservativo.

Con respecto a los inconvenientes de la pornografía, la facilitadora indica que, así como cualquier película comercial es planeada y lo que sucede es un trabajo de ficción, lo mismo pasa con la pornografía. Por lo tanto, la pornografía puede generar una idea de contacto sexual que no se parece a lo que pasa en la vida real, y eso hace que se generen expectativas, que nos intentemos comportarnos o demandemos de nuestras parejas prácticas que no necesariamente son razonables o se ajustan a los deseos de la otra persona. La exploración de la sexualidad no es mala pero no debemos olvidar que la pornografía es una puesta en escena, no es sexo convencional.

La siguiente pregunta sobre homosexualidad recién se

éstas engordan o no. A esto la facilitadora indica que no hay evidencia disponible que señale que las pastillas anticonceptivas engordan, sin embargo, debido al particular organismo de cada una es posible que efectos como estos puedan ser percibidos.

La pregunta sobre si se puede o no fracturar el pene provoca algunas risas y bromas. La facilitadora indica que sí, pero no es una fractura como la de un hueso, sino que se da dolor e inflamación producto de golpes o fricciones bruscas se dañan la envoltura de los cuerpos cavernosos. Requiere atención médica para evitar daños permanentes.

Con relación a las infecciones que es posible transmitir por la vía oral, la facilitadora indica que anteriormente se habló de las infecciones existentes y que con frecuencia las que se podían transmitir por vía oral también podían contagiarse por vías anal y vaginal, así como que el riesgo aumenta si hay cortes o llagas expuesto. Da como ejemplos el herpes (boca



contestó.

Y por último, sobre el punto g la facilitadora indica que este es un sitio cuya existencia ha sido polémica en el ámbito científico y que no hay acuerdo sobre su existencia, por lo cual es posible que su presencia o no dependa de la particularidad anatómica de cada mujer. En todo caso, se trata de un punto en el interior del canal vaginal, en dirección de la cara frontal, ubicado entre 3 y 8cm de la entrada, que es especialmente sensible a la estimulación. La facilitadora explica que la estimulación del este punto puede llevar a una alta excitación sexual, e incluso al orgasmo. Algunas veces también se habla del punto g masculino, que se puede palpar por medio de la estimulación de la pared frontal del recto, hacia la próstata, o por fuera, en el área del perineo, que es el espacio entre el ano y el escroto, y que puede llevar al orgasmo. Algunos/as estudiantes hacen gestos de desagrado.

o genitales), la sífilis, la clamidia, la hepatitis B, la gonorrea, el virus del papiloma humano. La facilitadora recuerda que para disminuir el riesgo de contagio es importante usar una barrera de látex o preservativo a la hora de tener contacto oral.

Tabla 24- Sesión 4: Segunda parte, Caldeamiento

<b>Objetivo</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Tiempo</b>
Sensibilizar en cuanto al uso del preservativo en el contacto sexual	Distintos usos del preservativo.	10 minutos

*Liceo San Nicolás de Tolentino*

La facilitadora pregunta si tienen alguna otra interrogante. Como no hay ninguna otra pasa a la siguiente actividad y saca una bolsa donde hay varios preservativos, pide a los/as estudiantes que se formen en cuatro grupos (queda un grupo de cuatro personas y tres de cinco).

Cada grupo tiene tres preservativos. Los/as estudiantes se muestran risueños y hacen bromas sobre el uso de los preservativos. Ante el barullo la facilitadora llama la atención del grupo y da la indicación de que van a pensar formas de usar el preservativo más allá de la manera más usual de utilizarlo, que es ponerlo en el pene erecto. Un estudiante dice que se puede llenar de agua y jugar a

*Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz*

El estudiantado no tiene más preguntas por lo que la facilitadora saca una bolsa donde hay varios preservativos y pide que por favor formen cuatro grupos (quedan grupos de cuatro personas y dos de tres). Cada grupo tiene dos o tres preservativos. Los/as se muestran inseguros/as sobre lo que deben hacer. La facilitadora llama la atención del grupo y da la indicación de que van a pensar formas de usar el preservativo más allá de ponerlo en el pene erecto la manera usual de utilizarlo. Insta a que sea un uso a nivel sexual.

Los/as estudiantes abren los paquetes y hacen bromas y juegan entre sí. Otros observan. Pasados un par de minutos la facilitadora pide que comenten los usos que hablaron. Un

reventarlo, ante lo cual la facilitadora aclara que piensen en el uso a nivel de contacto sexual.

Algunos/as estudiantes abren los paquetes, unos los estiran otros no los tocan. Una estudiante dice con desagrado que es muy baboso. La facilitadora da unos momentos para que hablen en grupos y luego pide que comenten lo que hablaron. Una estudiante indica que ella leyó en un folleto que se puede recortar y usar como la barrera que se habló antes. Otra estudiante señala que ella sólo sabe que se pone en el pene, pero nada más. Un estudiante dice que los que lo hacen por atrás es mejor que lo hagan con condón porque si no muy cochino.

La facilitadora señala que las ideas han sido buenas y que en efecto el preservativo no sólo puede usarse para protegernos en el contacto genital sino también en otras prácticas sexuales. Indica la importancia de utilizar una barrera de látex al tener contacto boca-vulva o boca-ano. Y que también el uso del preservativo en el pene durante la

estudiante indica que comentaron un mismo uso, que es usarlo en el pene pero para el sexo vaginal, oral y anal, no sólo el vaginal que es para prevenir el embarazo. Una compañera propone que podría usarse no sólo en el pene erecto sino alrededor del pene en caso de que haya una infección, para no transmitir. Otra estudiante dice que no hallaron otros usos sexuales, sino no sexuales como usarlos de globos o para almacenar agua.

La facilitadora señala que las ideas han sido interesantes y recalca la idea de que no sólo es importante usar preservativo para el contacto vaginal sino para los otros de modo que funcione como protección contra infecciones de transmisión sexual. Manifiesta que no sólo se puede poner en el pene erecto sino que se puede recortar y usar como barrera sobre la vulva para practicar sexo oral y también sobre el ano. Algunos/as estudiantes encuentran estas prácticas desagradables, sobre todo el contacto entre boca y ano. Recuerda que como se habló anteriormente hay infecciones que no sólo se transmiten por el sexo vaginal sino también por contacto anal y oral. De ahí la importancia de la doble

penetración anal y vaginal. Recuerda, además, que muchas ITS se transmiten no sólo por contacto genital, sino también por el oral y anal y que por esto es adecuado usar bien el preservativo ya que este tiene esta doble función.

función del preservativo.

Tabla 25- Sesión 4: Tercera parte, Ejercicio principal

<b>Objetivo</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Tiempo</b>
Ejemplificar técnica en el uso del preservativo masculino.	Pasos y uso adecuado del preservativo	20 minutos
Promover el uso de fuentes confiables de información sobre sexualidad		15 minutos

***Liceo San Nicolás de Tolentino***

La facilitadora indica que permanezcan con los preservativos en los grupos porque los utilizarán en la siguiente actividad.

Saca las tarjetas que contienen en cada una un paso para la colocación del preservativo, las tarjetas están desordenadas. La facilitadora indica al grupo que ya que estamos conversando sobre el preservativo por favor ordenen las

***Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz***

La facilitadora saca las tarjetas que contienen en cada una un paso para la colocación del preservativo y reparte a cada grupo un conjunto que usarán para ordenar los pasos de la correcta colocación del preservativo.

Los grupos además usan los preservativos repartidos anteriormente para demostrar y discutir entre ellos/as. Se muestran muy dispuestos en la conversación y hacen

tarjetas de manera correcta para para colocar el preservativo con los pasos adecuados. Los grupos lo hacen muy rápidamente. Algunos juegan con los preservativos de la actividad anterior y hacen "demostraciones" al discutir sobre el orden correcto.

Cuando la facilitadora observa que todos los grupos han terminado pide la atención y pregunta a todos cuál paso pusieron de primero. Todos los subgrupos concuerdan en el orden de todos los pasos correctos para la utilización del preservativo. El primer paso es la excitación, aunque un estudiante discute que ese no debería ser un paso porque no tiene que ver con ponerse el preservativo. Una estudiante le responde que cómo se va a poner el condón si el pene no está... (y no dice nada más). Ante esto todo el grupo se ríe y otra compañera la reafirma diciendo que sí es cierto que tiene que estar... erecto.

La facilitadora respalda a ambas e indica que, en efecto, es necesario asegurarse que el pene esté por completo erecto

bromas respecto a reutilizar el preservativo después de la actividad.

Cuando todos los subgrupos han terminado la facilitadora pregunta qué paso pusieron de primero. Concuerdan con que el primer paso es la excitación. La facilitadora indica que el deseo es un motor fundamental para el contacto sexual para hombres y mujeres. Para el siguiente paso también hay consenso en que es necesaria la erección. En este punto la facilitadora hace la observación de que siempre para colocar el preservativo el pene debe estar por completo erecto. El siguiente es la apertura del envoltorio.

La facilitadora pregunta qué debemos considerar a la hora de abrir un preservativo. Una estudiante rescata lo hablado en una sesión anterior sobre la importancia de abrir el envoltorio adecuadamente: “no romperlo con las uñas o dientes, hay que hacerlo así con las yemas”

Con la colocación del preservativo la facilitadora señala la necesidad de cubrir la longitud del pene hasta el final y asegurarse de que no quede aire entre este, por lo que debe

para facilitar su colocación y para evitar que el preservativo se deslice del pene. Debido a que el siguiente paso tiene que ver con la discusión previa sobre la erección del pene, todos/as acuerdan que este es el segundo paso.

El siguiente es la apertura del envoltorio y algunos se apresuran a señalar que no se debe abrir con los dientes o las uñas para no arriesgarse a romper el preservativo. Luego se discute ampliamente la colocación correcta del preservativo en donde la facilitadora hace énfasis en la necesidad de que el pene esté por completo erecto, cubrir poco la longitud del pene hasta el final y asegurarse de que no quede aire entre este y el preservativo para evitar rasgaduras.

El siguiente paso es la penetración, ante el cual no se observa discusión. Posteriormente está la eyaculación.

La facilitadora hace énfasis en la necesidad de asegurarse de colocar bien el preservativo y en todo caso estar atentos/as a que esté bien puesto a lo largo de todo el encuentro. Posteriormente los/as estudiantes señalan que se debe retirar

colocarse la punta del preservativo entre la yema de los dedos a la hora de deslizar hacia abajo. En este punto los/as estudiantes practican y discuten con los preservativos que han utilizado en las actividades anteriores e improvisan con objetos para simular un pene y colocarle el preservativo.

Todos/as concuerdan con que el siguiente paso es la penetración. La facilitadora aclara que estamos hablando de los pasos para la colocación del preservativo y no necesariamente para un contacto sexual pues este puede implicar otras actividades y no estar exclusivamente centrado en la penetración. Posteriormente está la eyaculación. El siguiente paso es retirar el pene y la facilitadora manifiesta la necesidad de hacerlo cuidando de que salga por completo adherido al pene. El último paso es sacarse el preservativo.

La facilitadora pregunta si es posible reutilizarlo. Al unísono indican que no. Una estudiante pregunta qué pasa si se queda adentro de la mujer. La facilitadora manifiesta que no se va a ir a ninguna parte, va a quedar en el interior

el pene y sacar el preservativo. Un estudiante pregunta que cómo se hace para sacarlo sin que nada se caiga. La facilitadora pregunta al resto del grupo cómo creen que podría hacerse y algunos dicen que tal vez practicando y practicando o sacar el preservativo lentamente y hacia abajo. La facilitadora agrega que la pérdida de la erección facilita la extracción del preservativo.

Un estudiante indica que también se podría perder la erección sin retirar el pene por lo cual el orden no es necesariamente ese. En ese caso, la facilitadora indica que se debe tener más cuidado al retirar el pene pues es más fácil que al sacarlo el preservativo se desacople de este. Y por último la facilitadora pregunta qué pasa con ese preservativo. La respuesta unánime es tirarlo a la basura. La facilitadora insiste en si hay alguna manera de reutilizar un preservativo y todo el grupo coincide en que este puede ser usado solamente una vez y luego se descarta.

La facilitadora indica que fue un ejercicio muy interesante y

del canal vaginal y lo más profundo que podría llegar es hasta el cuello del útero. Señala además el peligro que esto supone dado un derrame del semen dentro del canal, lo cual puede acarrear riesgo de embarazo o infección en el caso de que exista.

Una estudiante apunta que a su parecer en ese momento no se piensa en nada de protección ni de nada, sólo en el momento. La facilitadora indica que el problema con esto es que si se hace una vez y en efecto no sucede nada malo, puede que se haga de nuevo y de nuevo y de nuevo, y la persona se acostumbre, de modo que no usar preservativo se convierte en una regla y no una excepción.

Explica que una persona puede no usar preservativo 100 veces y que en 99 no pase nada malo pero sólo basta una para que haya una consecuencia indeseada como las que se han conversado.

La facilitadora cierra el ejercicio enfatizando en que el preservativo es un método anticonceptivo muy accesible a nivel económico y en lugares para adquirirlo, incluso a

que lo hicieron muy bien. Se dirige a la computadora, mientras los/as estudiantes bromea y juegan con los preservativos. Cuando la computadora y el proyector están listos llama la atención del grupo y les pide que imaginen una persona de su misma edad, con alguna inquietud sobre sexualidad. Esa persona tiene acceso a internet, ¿cuál podría ser su duda? El estudiantado repasa la instrucción en silencio unos momentos.

Una estudiante propone que lo que quiera buscar sea cómo tener relaciones sexuales por primera vez. La facilitadora pregunta al resto del grupo si están de acuerdo a lo cual algunos responden que sí. Pregunta si tienen alguna otra sugerencia, sin embargo ninguno propone. La facilitadora pregunta indica que se pongan en el lugar de esta persona. ¿Qué escribiría en el buscador? Con las indicaciones del grupo la facilitadora escribe

*“qué hay que hacer la primera vez que se tienen relaciones”.*

través de la CCSS, y lo más importante es su doble función protectora.

Ahora indica que pasarán a la siguiente actividad, para la cual utilizarán la computadora y el proyector. Llama la atención del grupo y les pide que imaginen una persona de su misma edad que tiene una pregunta sobre sexualidad y decide buscarla en internet, ¿cuál podría ser su duda?

El grupo discute bulliciosamente y varias sugerencias aparecen: ¿cuánto se puede estirar un preservativo?, ¿cuánto mide el pene más grande?, fotos de enfermedades en los genitales, ¿se puede embarazar por sexo oral?

Finalmente escogen la última pregunta. La facilitadora escribe tal cual la pregunta en el navegador para desplegar los resultados. El grupo observa la búsqueda. La facilitadora va abordando uno a uno los resultados que aparecen en la primera página para valorar qué tan confiable o no es la información. Los resultados son mayormente de revistas en línea. También dos páginas de organizaciones educativas y un foro de participación libre



Los resultados se despliegan y la facilitadora indica que vamos a ir viendo uno por uno de los que aparecen en la primera página ver qué tan buenos son como fuentes informativas.

En los resultados de la primera página la mayoría son de revistas en línea con consejos, sobre todo femeninas. La facilitadora indica que lo mejor es buscar fuentes científicas de organizaciones con renombre, por lo que, aunque estas revistas, aunque pueden ser útiles hasta cierto punto, debemos dar prioridad a organizaciones que trabajen en la divulgación de información relevante y objetiva. Es por esto que, aunque las revistas pueden ser útiles, no deben ser la fuente de primera mano. En la primera página de resultados también aparecen un par de organizaciones con información accesible.

La facilitadora recomienda que para asegurarse de la calidad del informante es bueno navegar hasta la información de "quiénes somos", o similares, en donde se puede observar si

(Yahoo Respuestas).

Uno a uno la facilitadora pregunta si consideran o no esa fuente confiable o no. La mayoría señala que las revistas en línea son confiables, al igual que las organizaciones educativas mientras dan un no rotundo a la página del foro abierto. Sin embargo un par de estudiantes señalan que aunque en Yahoo Respuestas la mayoría es basura puede haber también buenos resultados.

La facilitadora señala que lo mejor es buscar fuentes científicas de organizaciones con renombre que sean moderadas por personal especializado y cuya información esté actualizada o reciente para así tener seguridad de que es relevante. Debido a que en Yahoo Respuestas no hay moderación de ningún tipo es difícil saber si la información es fidedigna.

Con respecto a las revistas en línea, la facilitadora señala que aunque no son tan desacreditables como un foro sin moderación, siempre es preferible buscar que la página sea administrada por profesionales en la materia, el cual

se trata de una organización de gobierno o no gubernamental y donde se especifique cuáles son sus objetivos. En este punto, también es importante revisar que tan actualizada está la información, de modo que sepamos la información es relevante. También es importante tener seguridad de que no se trata de una página de bromas o notas falsas porque este tipo de páginas se basan en el sensacionalismo para atraer público y no se preocupan de que sus fuentes de fidedignas. Una vez ratificado eso podemos ir a la información propiamente dicha. La facilitadora también aconseja que es útil verificar la forma en que está escrito el texto de manera que sea lo suficientemente accesible para ser leído, que esté correctamente redactado y que el vocabulario no caiga en lo soez.

La facilitadora pregunta qué otras recomendaciones pueden aportar y una compañera señala “¡no meterse a Yahoo! Respuestas!” Los demás se ríen.

La facilitadora hace hincapié en que esa es una muy buena

no es el caso con periodistas o creadores de contenido. Sin embargo, si el/la periodista se ha asesorado correctamente y cita sus fuentes o especialistas consultados sí se puede utilizar el contenido como fuente confiable.

La facilitadora recomienda que para asegurarse de la calidad del informante es bueno navegar hasta la información de "quiénes somos", o similares, en donde se puede observar si se trata de una organización de gobierno o no gubernamental y donde se especifique cuáles son sus objetivos, así como asegurarse de que no se trata de una página de bromas o noticiosas falsas que sólo buscan que las personas hagan clic.

Otro elemento importante es la redacción del texto, La facilitadora también aconseja que es útil verificar la forma en que está escrito el texto para que sea legible a personas no especialistas pero que no use vocabulario soez. Ante la pregunta de una estudiante, la facilitadora manifiesta que estos mismos principios pueden aplicarse a las fuentes en vídeo.

sugerencia y pregunta por qué no es necesariamente confiable. Un compañero manifiesta que es porque ahí todo mundo pone lo que piensa y ya, pero quién sabe si es verdad. Otro dice que a como hay mucha gente perdida hay otros que sí pueden aportar. La facilitadora señala que en efecto, esa clase de blogs donde la gente pone su experiencia personal o lo que ha oído o visto, no es moderado por ningún especialista que desmienta o confirme lo que se ahí se dice y por eso no es una fuente adecuada.

Tabla 26- Sesión 4: Cuarta parte, Integración de la vivencia y conclusiones

<b>Objetivo</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Tiempo</b>
Elaborar una síntesis de aprendizajes	Construcción grupal	10 minutos

***Liceo San Nicolás de Tolentino***

La facilitadora llama la atención del grupo y les indica que ya se acercan al cierre del taller y que para eso les propone hacer una escultura en grupos y que pueden acomodarse en nuevos

***Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz***

El estudiantado está muy animado y la facilitadora anuncia el cierre. Propone hacer una escultura en los mismos grupos que han trabajado en el día.

grupos o en los que se ha trabajado y que representen en una escultura lo que les ha parecido las sesiones o alguna idea o varias sobre lo trabajado en las sesiones, o lo que se lleven a partir de estas.

Los grupos discuten unos minutos y uno por uno presenta sus esculturas. Se forman tres subgrupos. En el primero se ubican todos/as en un círculo alrededor de un libro. La facilitadora pregunta a los demás qué les parece o qué ven en la escultura. Algunos dicen que están buscando información todos juntos, otra compañera apunta que tal vez es mejor fijarse en los libros y no tanto en internet. La facilitadora pregunta al subgrupo que presenta qué es lo que significa esta escultura y una compañera apunta: “es que todos tenemos que asegurarnos de buscar buena información y no sólo conformarse con lo que se oye”

La facilitadora les da la gracias e indica que es verdad que en internet hay muchas fuentes que no son confiables no debemos satanizarla pues así como existen muchos mitos e imprecisiones, también hay una gran cantidad de información valiosa y que como vimos antes, es importante saber

Insta a que representen lo que deseen con relación a lo trabajado en los talleres, qué les ha parecido, o si quieren poner en escena alguna idea que les parezca importante. Preguntan si pueden hacer otra cosa y si lo pueden hacer todos/as juntos/as

El grupo tarda unos minutos en organizar una dramatización. En esta los/as estudiantes están en clase y una le hace una pregunta a la profesora sobre cómo tienen sexo los gays y la profesora dice que eso no tiene nada que ver con la clase y que no va a contestar.

El estudiante que hizo la pregunta se acerca después a un grupo de amigos pero cuando los ve conversando mejor se va. Luego se va con otra amiga y le pregunta que dónde cree que se pueda contestar esa pregunta y la amiga le dice que con la mamá pero él dice que le da vergüenza porque luego se “hace ideas”. Llega otro compañero y les

identificarla.

El segundo subgrupo hace unas letras en papeles que forman la palabra respeto. La facilitadora insta a que ahonden un poco sobre las formas de manifestar este respeto. Dos compañeros señalan que hay que tener respeto con la otra persona, pensar en sus necesidades y no ser egoísta, también respeto hacia sí mismo y cuidarse de riesgos.

La facilitadora pregunta al resto del grupo de qué otra manera podemos manifestar respeto en la vivencia de la sexualidad. Una compañera aporta que es importante lo que dijeron del respeto a uno mismo en el sentido de que hay que hacerse caso a uno mismo y no ceder tanto a las presiones de afuera y tal vez oírse más a uno mismo en lo que uno quiere o no sin que le importe lo que otros piensen. Varios/as estudiantes asienten. La facilitadora pregunta si hay alguien que quiera aportar más. Posteriormente profundiza sobre los aportes de los/as compañeros/as y enfatiza en conocerse y conocer a la otra persona para llegar a acuerdos, respetar el tiempo propio y de los demás y cuidarse juntos para vivir de manera sana la sexualidad.

pregunta qué hacen y este sugiere que si quieren busquen en unos libros que hay en la casa y ahí encuentran la respuesta que estaban buscando.

La facilitadora manifiesta que le parece muy interesante cómo reflejaron en la dramatización varias formas de conseguir información sobre sexualidad y ciertas dificultades asociadas a cada una. En efecto, indica que los libros de texto son una buena fuente de información y llama la atención sobre la importancia de mantenerse buscando y no conformarse si en primera instancia no han obtenido la información que necesitaban.

En el tercer grupo una estudiante se pone relleno bajo la blusa para simular un embarazo y otro se ubica en el suelo mientras otra pone un preservativo de los utilizados en ejercicios anteriores en un pupitre. El resto del grupo no participa. La facilitadora le pregunta a los/as demás qué opinan de la escultura. Una estudiante dice que la muchacha está embarazada y que el otro está como muerto. El resto se ríe. Una compañera del subgrupo explica que es que el condón sirve para prevenir el embarazo y las enfermedades, que el compañero que está en el suelo está enfermo. Los/as demás indican entendimiento. La facilitadora concuerda en la importancia de recordar que el preservativo no solamente protege contra el embarazo no deseado sino también contra infecciones de transmisión sexual y que para asegurarnos de que conservar su efectividad debemos almacenarlo y usarlo adecuadamente.

Agradece por las puestas en escena de todos los subgrupos y por el tiempo compartido durante todas las sesiones y que espera que les haya resultado provechoso. El grupo asiente.

Tabla 27- Sesión 4: Quinta parte, Evaluación

<b>Objetivo</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Tiempo</b>
Evaluar el impacto de los talleres	Valoración post test	10 minutos

*Liceo San Nicolás de Tolentino*

La facilitadora les pide que finalmente llenen un pequeño cuestionario de forma individual. Hace énfasis en que las respuestas sean personales pues el grupo se muestra muy conversador. Al final se recogen los cuestionarios y les agradece nuevamente.

La orientadora, que está presente en la sesión desde el ejercicio de la búsqueda en internet, les da indicaciones al grupo para asistir a otra actividad.

*Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz*

La facilitadora indica que antes de terminar por favor llenen un mini cuestionario individualmente con algunos temas tratados en las sesiones. Mientras van terminando comienzan a hablar entre ellos/as y algunos juegan con los preservativos utilizados en los ejercicios.

La facilitadora agradece el compromiso puesto en las sesiones y agradece por la experiencia enriquecedora y espera que también le hayan sacado provecho. El grupo asiente y da las gracias. Una compañera invita a la facilitadora a seguir viniendo. Mientras la facilitadora recoge los materiales algunos/as se quedan conversando.

## **Sobre la dinámica grupal y la vivencia de la experiencia**

Liceo San Nicolás de Tolentino: diecinueve participantes (nueve mujeres, diez hombres)

Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz: catorce participantes (nueve mujeres, cinco hombres)

Durante el progreso de las sesiones, la apertura y la comunicación fluida entre el estudiantado y la facilitadora se desarrollaron con el avance de las sesiones. En este punto la interacción es amena y desenvuelta aunque persisten algunas reservas al hablar sobre elementos relacionados al contacto sexual, sobre todo en estudiantes del *grupo San Nicolás*. La dinámica de la relación facilitadora-grupo fue más fluida en el principio con *el grupo Rafael Hernández* y se conservó así durante todo el proceso.

En ambos casos, el uso de los preservativos en las actividades de caldeo y ejercicio principal fue muy provechoso porque permitió un contacto directo con los contenidos abordados y la experimentación lúdica. En este sentido, la facilitadora no puso ninguna restricción al uso que se hiciera de los preservativos (siempre que se hiciera desde el respeto, lo cual en efecto sucedió). Si bien no se hizo un ensayo directo sobre su correcta colocación, sirvió para el acercamiento al tema de la correcta manipulación del mismo, y el estudiantado se mostró entusiasta.

En esta sesión en particular fue palpable la noción de autoeficacia de Bandura (1986) que tiene que ver con aquello que creemos que podemos hacer, y no simplemente el saber lo que hay que hacer. Para esto, el individuo determina autoeficacia al evaluar sus habilidades y su capacidad para convertirlas en acciones. Aunque esta es una tarea más de índole personal, el ensayo/juego con los preservativos por iniciativa propia del estudiantado supone una manera de desarrollar la autoeficacia con respecto a prácticas sexuales protectoras, tanto en el uso del preservativo, como en la actividad posterior, relacionada con la búsqueda de información valiosa y confiable en internet.

La puesta en práctica de criterios para valorar la calidad de la información que se encuentra en línea en un ejemplo real y en vivo fue altamente educativa. Esta se aplicó a una pregunta real de los y las estudiantes de ambos grupos y se discutió cada criterio y el porqué de su



utilidad. Aquí se evidencia la importancia de la función del cuerpo docente en conjunción con las expectativas y necesidades del estudiantado. El papel de los/as formadores/as tiene un doble impacto, tanto en la forma de entender la sexualidad y la educación sexual, como en una reflexión sobre su papel dentro del aula, no como transmisores/as de conocimientos sino como facilitadores de las estrategias de enseñanza y aprendizaje (Barragán, 1999). Esto es particularmente importante porque con frecuencia el tiempo es escaso y los tópicos muchos, así que más allá de brindar respuestas a las múltiples interrogantes que pueden aflorar en el estudiantado, es igual o incluso más importante facilitar herramientas que les permitan a estos llenar esos vacíos por su cuenta con información confiable.

El cierre de esta sesión fue enriquecedor no sólo en el sentido de concluir e integrar sobre este día sino también como una conclusión general de la totalidad del taller. En este se puso evidencia que la educación sexual es hoy una demanda social, basada en el derecho a tener una formación objetiva y de calidad y que tome en cuenta la interacción a nivel biológico, psíquico y social, para entender la sexualidad como una forma de comunicación humana y fuente de salud, placer y afectividad (Barragán, 1999).

Condiciones de trabajo: La sesión con el *grupo San Nicolás* se realiza en un aula diferente a la usual pero a tiempo. Antes de que comience, la facilitadora ya ha preparado el proyector que se utilizará en uno de los ejercicios de la sesión.

Cuando la orientadora dirige a la facilitadora al aula en donde se realiza la sesión ya hay algunos estudiantes fuera esperando. A pesar de que se dio un cambio en el lugar de la sesión y de que no todos/as los/as estudiantes conocían la nueva ubicación, esta inició a tiempo. La orientadora se encargó de buscar a los/as estudiantes faltantes, los/as cuales ingresaron antes de que iniciara.

Con respecto al *grupo Rafael Hernández*, hubo dificultades para obtener el proyector que se usó en la sesión. La sesión se realiza en la sala de la biblioteca utilizada anteriormente.

## Evaluación del impacto

La evaluación de la intervención se realizó desde dos vertientes: una autoevaluación cualitativa por medio de las bitácoras de sesiones elaboradas por la facilitadora (ver Anexo 8) y otra cuantitativa, por medio del test-retest (ver Anexo 9).

## Componente cualitativo

Para cada sesión se llevaron a cabo las actividades de acuerdo con la estructura básica indicada anteriormente (introducción, caldeamiento, ejercicio principal, una integración de la vivencia y cierre). Aunque se siguió el guión principal trazado en el diseño, la experiencia fue particular para cada grupo pues los y las estudiantes participaron de acuerdo a sus propias vivencias y necesidades. Esto se observó con más intensidad en los espacios en los que medió menos planificación, tales como los destinados a responder las inquietudes del buzón de preguntas, de la sesión dos a la cuatro. Según el detalle de las sesiones presentado anteriormente, a continuación, se indican los temas principales alrededor de los cuales giraron las preguntas de los/as jóvenes.

Ilustración 17- Temas principales asociados a inquietudes del estudiantado



Otros elementos observados que se relacionan con la puesta en práctica y dinámica de las sesiones se describen a continuación de manera general.

- Clima

Al iniciar las sesiones fue necesario establecer una conexión adecuada para llevar a buen término la intervención, sin embargo, debido a que la temática interesaba al estudiantado, su involucramiento fue relativamente rápido y se sostuvo a lo largo de las sesiones.

De acuerdo a la naturaleza de cada actividad, el ánimo del grupo se elevaba o descendía. En las actividades de caldeamiento que pretendían animar e introducir el tema para dar paso a la actividad principal, los/as estudiantes inician expectantes y poco a poco se construye un clima ameno que alcanza su pico en el ejercicio central que posteriormente se canaliza hacia el cierre para elaborar una integración en común

- Participación

El estudiantado se mostró entusiasta y ávido por participar. Las actividades de caldeamiento permitieron la activación de los/as participantes. Las actividades lúdicas y la necesidad de moverse por el espacio invitaron a los y las estudiantes a entrar en calor al tiempo que permitió a la facilitadora conocerlos/as mejor y formar una conexión adecuada para el trabajo.

En los ejercicios principales resulta importante que el estudiantado pueda apropiarse de los conocimientos a partir del juego, para reflexionar sobre sus propias prácticas sexuales o percepciones sobre estas.

Actividades que incluyeron el uso de material físico (como los preservativos) permitieron un contacto directo con los contenidos abordados y la experimentación directa., siempre desde el respeto. La problematización sobre las situaciones que aparecían como dilemas permitió la reflexión y el reconocimiento de la complejidad de la realidad.

- Comunicación

Al confrontar ideas resultó importante abordar la información errónea de modo que se pudiera aclarar sin sancionar. En este caso se enfatizó en que todos/as somos susceptibles de tener información incompleta o imprecisa, y por esto es importante aclararla. Se facilitó

la expresión de dudas por medio de una actitud abierta de escucha para fomentar la discusión.

En los ejercicios reflexivos, para evitar fijarse en puntos de vista estáticos y ampliar la perspectiva, la facilitadora fungió como punto de contraste para traer a discusión perspectivas diversas.

Un elemento importante en la discusión es que el estudiantado es el interlocutor principal y es desde su perspectiva de la que se parte, siempre con respeto, para apoyar, rechazar o reflexionar sobre escenarios alternativos y construir un debate sano. Es imprescindible respetar la duda y afirmar las certezas para reconocer los avances y recuperar los saberes.

Durante el desarrollo de las sesiones, la apertura y la comunicación fluida entre el estudiantado y la facilitadora se desarrollaron con el avance de las mismas. Por la mayor parte del tiempo la interacción es amena y desenvuelta aunque persisten algunas reservas al hablar sobre elementos relacionados al contacto sexual, que la facilitadora aborda abiertamente.

- Detección de necesidades

En el discurso estudiantil se observa confusión en conceptos asociados a la identidad de género y orientación sexual, temas que actualmente son discutidos con frecuencia en los medios.

El tema del placer en su relación con la sexualidad no aparece con facilidad ni espontáneamente, contrario a elementos asociados a la genitalidad. Si bien estos son elementos que se relacionan entre sí, una preocupación concreta sobre las sensaciones agradables y su importancia en la vivencia de la sexualidad no se observa de primera entrada. Sin embargo, con el desarrollo de las sesiones hay un mayor interés hacia este aspecto de la sexualidad. Esto evidencia la necesidad de abordar el placer y su importancia en la vivencia sana de la sexualidad.

Se detectó debilidad en la diferenciación entre portar VIH y padecer SIDA así como la creencia errónea de que la presencia del virus se puede detectar inmediatamente después de la exposición. Sin embargo esto fue abordado en el proceso de intervención.

- Logros y aspectos a mejorar

Se cubrieron los elementos planteados en el diseño. Sin embargo hubo dificultades pues no siempre se contaba con el espacio necesario y por tanto debía cambiarse de lugar para llevar a cabo las sesiones, lo que en ocasiones acortó el tiempo. Asimismo, dependiendo de la participación del estudiantado y cuánto fuera necesario extenderse en actividades, el manejo del tiempo se podía complicar.

### **Componente cuantitativo**

En el caso de la evaluación cuantitativa del impacto generado, debido a que el ejercicio principal de cada sesión se diseñó para fomentar un cambio, se realizó una evaluación por medio de un pequeño cuestionario para cada uno (Ver Anexo 9). Los ítems se organizaron a modo de prueba corta y fueron llenados antes de iniciar las sesiones y también al terminar.

Para mantener consistencia metodológica, el cuestionario se confeccionó a partir del instrumento de *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA* aportado por el MEP. Particularmente para el caso de las actitudes se seleccionaron ítems cuyas respuestas se dispersaron en el diagnóstico de forma variable en la escala Likert, es decir, sin una tendencia global contundente. Se tomaron en cuenta los siguientes criterios evaluativos de acuerdo con los cuatro ejes abordados en los talleres:

- Eje sexualidad integral: Reconocimiento de la sexualidad como pluridimensional en sus dimensiones afectiva, erótica, reproductiva y social, más allá del encasillamiento biológico.
- Eje cognitivo: Identificación de mitos y realidades sobre la transmisión de VIH, así como de prácticas seguras asociadas al contacto sexual, con énfasis en el preservativo.

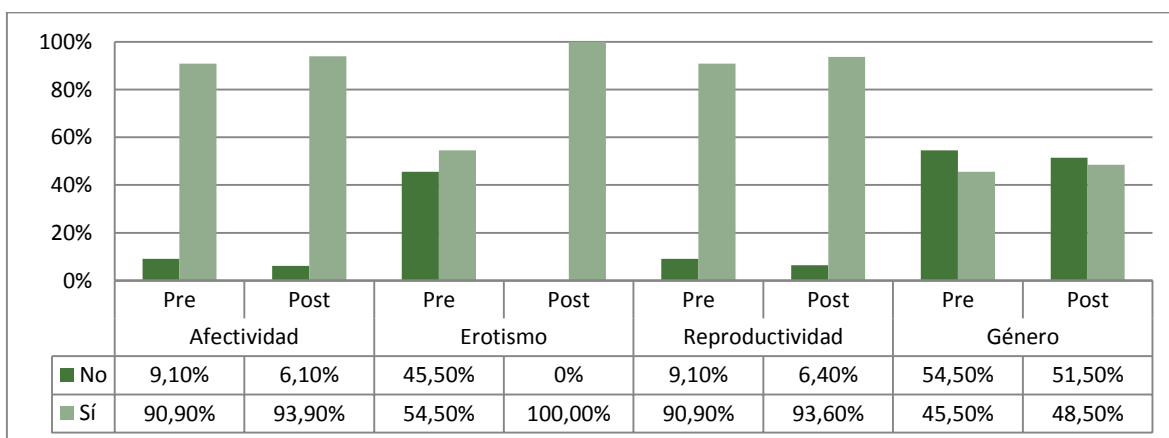
- Eje actitudinal: Desarrollo de actitudes positivas hacia el preservativo y hacia las personas que viven con VIH.
- Eje pragmático: Conocimiento del uso adecuado del preservativo, así como las formas de identificar fuentes confiables de información en internet.

Posteriormente se realizó la comparación cuantitativa entre los valores obtenidos antes de la intervención y después de esta. Participaron todos/as los/as estudiantes de ambos grupos, un total de treinta y tres.

La primera parte consiste en una pregunta abierta sobre el concepto de sexualidad en la cual se tiene en cuenta los cuatro componentes de la misma. El propósito de la pregunta fue determinar si el estudiantado podía identificar los cuatro componentes de la sexualidad.

Al evaluar la evolución del concepto de erotismo se observa un cambio significativo ya que en el post test de la intervención se obtiene un 100% de estudiantes que lo relacionan como parte de la sexualidad, en contraste con un 54,5% obtenido en la evaluación previa a la intervención. Por su parte el concepto de afectividad mejoró ligeramente aunque no cambió drásticamente respecto al pre test. La afectividad, tanto antes de los talleres como después es fuertemente asociada a la sexualidad integral. El concepto de reproductividad presenta un comportamiento similar al anterior, se da una mejoría pero un 6,4% sigue contestando de manera incorrecta. En el caso del componente género, aunque se observa un ligero aumento de la respuesta correcta, esta no se distancia ampliamente de los resultados en el pre test.

Gráfico 31- Comparación test-retest: Concepto de sexualidad



La siguiente parte de la evaluación consiste en la identificación de formas de transmisión de VIH. Al consultar si las relaciones sexuales sin preservativo son un medio de transmisión del VIH el porcentaje de respuesta incorrecta se reduce de un 6,1% a un 3%. En el caso de la sangre como vehículo de transmisión, la respuesta incorrecta se reduce de un 12,1% a 6,1%, de modo que se observa una mejoría.

Disminuye, aunque persiste en 6% del estudiantado, el mito de que bañarse con una persona portadora de VIH puede acarrear riesgo de contagio. En el caso de compartir cubiertos, aunque hubo disminución, persiste la creencia, en 6% del estudiantado, de que esta forma de contacto casual puede acarrear riesgo de infección.

En relación con el contagio de madre a hijo se observa una mejoría sustancial como producto de la formación aportada por los talleres. Su conocimiento respecto al contacto sexual oral como forma de contagio mejora substancialmente y se obtiene una puntuación perfecta después del taller.

Se reportan valores semejantes en el caso de la picadura de mosquito, en donde el porcentaje de respuesta incorrecta después de los talleres es de 0%. En relación con la saliva como medio de contagio a través del beso con una persona infectada, la situación mejora y se reduce el porcentaje de respuesta incorrecta de 27,3% a 12,1%, sin embargo el temor a los fluidos corporales en contacto directo con el cuerpo sigue arraigado en un porcentaje de los/as participantes.

La sangre transfundida no probada genera un porcentaje importante de duda tanto en el pre test como en el post test. Aunque hay una mejoría de 12 puntos porcentuales, un 12 % sigue dudando y fallando en la respuesta. Compartir agujas es una práctica que estaba muy clara como medio de contagio previo a los talleres formativos y su nivel de respuesta incorrecta se reduce a cero, después de la intervención.

Tabla 28- Comparación test-retest: Conocimientos

	<b>Respuesta</b>	<b>Pre %</b>	<b>Post %</b>
Relaciones sexuales coitales sin preservativo.	Incorrecta	6,1	3
	Correcta	93,9	97
A través de la sangre	Incorrecta	12,1	6,1
	Correcta	87,9	93,9
Bañarse con la misma agua que una persona infectada con VIH.	Incorrecta	9,1	6,1
	Correcta	90,9	93,9
Compartir cubiertos con una persona infectada con VIH	Incorrecta	9,1	6,1
	Correcta	90,9	93,9
De una madre a su bebé.	Incorrecta	39,4	9,1
	Correcta	60,6	90,9
En el sexo oral desprotegido.	Incorrecta	6,1	0
	Correcta	93,9	100
Por la picadura de un mosquito.	Incorrecta	6,1	0
	Correcta	93,9	100
Al besar a una persona.	Incorrecta	27,3	12,1
	Correcta	72,7	87,9
Recibir una transfusión de sangre que no ha sido probada para detectar VIH.	Incorrecta	24,2	12,1
	Correcta	75,8	87,9
Compartir agujas.	Incorrecta	3	0
	Correcta	97	100

La tercera parte del cuestionario aborda las actitudes hacia el preservativo y hacia las personas que portan VIH. Respecto a la creencia de que el preservativo reduce el placer sexual durante el coito, la respuesta previa ya era positiva y se alcanza un 100% en la etapa de post test. Se consideró como respuesta correcta la negativa a la afirmación.

En la pregunta sobre el preservativo y la posibilidad de que tenga poros por los cuales sea posible la transferencia del virus, se da una inversión de las percepciones, ya que 97% contestó incorrectamente en el pre test y un 97 % la contesta de manera correcta en la etapa de evaluación post test. Se nota una mejoría sustancial posterior a los talleres en cuanto a la creencia de que los preservativos tienen poros por los cuales puede pasar el virus.

En cuanto a la referencia al preservativo como bañarse con capa, este es un ítem que mejora de manera sustancial posterior a la formación de los talleres. Si bien en el pre test hubo posiciones divididas, sobre todo dado el carácter subjetivo de la respuesta, se observa una mejora que es muy significativa posterior a las sesiones. Se consideró como correcto



responder negativamente. No se observa cambio en cuanto al derecho de una mujer VIH positiva a embarazarse ya que tanto antes de la intervención como después, el estudiantado indica en su totalidad el derecho de esta.

El prejuicio sobre las personas que se han contagiado con el virus debido a comportamientos irresponsables es significativamente modificado posterior a la intervención. En este sentido, se observa la importancia de tener una perspectiva amplia y frenar la tendencia a juzgar negativamente a las personas debido a su condición de portación de VIH.

Se da una reducción de un 50% en los porcentajes de respuesta incorrecta en el caso de compartir el baño con una persona portadora. Sin embargo, prevalece un 9,1% que sostiene una actitud negativa con lo cual no sólo se perpetúa una creencia errónea de esta forma de transmisión sino que se promueve una actitud de rechazo.

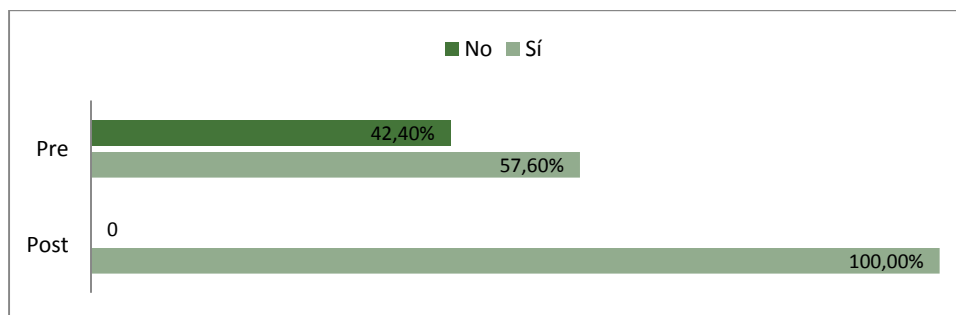
En cuanto al mito de la transmisión por contacto casual como en el ejemplo de una persona que vende comida y porte el VIH, se observa un cambio drástico del 100% de estudiantes que participaron en las sesiones, En la segunda observación indican que se sentirían cómodos/as comprando. Esto habla de sensibilización y aceptación de las personas que portan VIH.

Tabla 29- Comparación test-retest: Actitudes

	Respuesta	Pre %	Post %
Los condones, aunque estén buenos, pueden dejar pasar el VIH por sus poros.	Incorrecta	97	3
	Correcta	3	97
El preservativo reduce el placer del sexo.	Incorrecta	3	0
	Correcta	97	100
Usar preservativo es como bañarse con capa.	Incorrecta	45,5	0
	Correcta	54,5	100
Una mujer VIH positiva tiene derecho a embarazarse.	Incorrecta	0	0
	Correcta	100	100
La mayoría de la gente que vive con VIH/SIDA se infectó debido a comportamientos irresponsables.	Incorrecta	36,4	0
	Correcta	63,6	100
Me sentiría cómodo/a compartiendo el baño con una persona que sé que es VIH positiva.	Incorrecta	18,2	9,1
	Correcta	81,8	90,9
Si me enterara de que un/a vendedor/a de comida o vegetales estuviera viviendo con el VIH, me sentiría cómodo/a comprándole.	Incorrecta	100	0
	Correcta	0	100

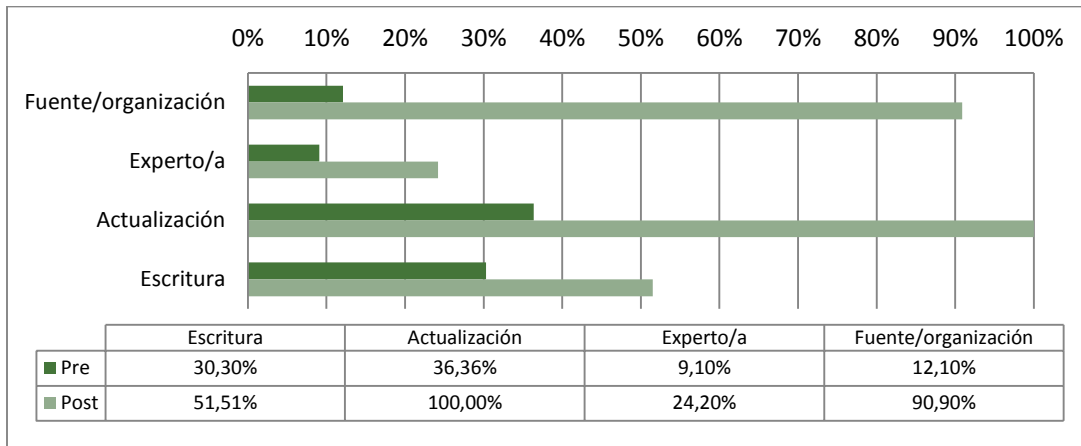
En la siguiente sección dedicada al preservativo se observa que el 100% de los/as participantes han visto y conocen el preservativo masculino, sin embargo un porcentaje importante de 42,4% indicó en la etapa de pre test no saber utilizarlo de manera correcta. Este conocimiento mejoró a un 100% de respuesta correcta después de los talleres formativos.

Gráfico 32- Comparación test-retest: Preservativo



La última parte del instrumento evaluativo se dedica a indagar de manera abierta cómo el estudiantado encuentra en internet información que considera útil. Se tomó en consideración que, después de la intervención, pudieran identificar al menos tres características asociadas a fuentes de información sobre sexualidad confiables en internet: cuál es la organización que distribuye la información, si hay personal especializado que modere o responda a inquietudes específicas, si esta información es actualizada y si está adecuadamente escrita. En el ítem se pregunta por tres maneras, aunque en la intervención se tomaron en cuenta cuatro por lo que en el gráfico se muestran los porcentajes de respuesta para los cuatro criterios.

Gráfico 33- Comparación test-retest: Identificación de fuentes confiable de información en internet



Antes de la intervención, el 12% consideraba verificar el tipo organización emisora de la información, en contraste con un 90,9% que señala este criterio como importante a la hora de valorar cuán confiable es la información que se busca en internet. En el caso del nivel de experticia o cuán especialista sea la persona que brinda la información, sólo un 9,1% consideraba esto como importante, en comparación con un 24,20% que indicó su importancia.

De igual manera, la actualización de la información, y por tanto, cuán relevante sea esta, era tomada en cuenta por el estudiantado en un 36,4% de los casos, lo cual después de la intervención alcanza un 100%. Respecto a la legibilidad, o la forma de la redacción, de modo que esta sea accesible pero al mismo tiempo haga un uso adecuado del vocabulario, en la medición pre test, el 30,3% de los/as estudiantes la indicó como un criterio de valoración de la fuente, mientras que después de esta fue el 51,51%.

Con lo anterior se observa que para las cuatro categorías tomadas en cuenta hay un aumento en su consideración para la selección de información adecuada en línea. Es interesante que una vez realizada la intervención aumentara la preocupación por la validez de la información asociada a estos aspectos. Los elementos que mayormente fueron tomados en cuenta fueron organización emisora de la información y su nivel de actualización, que a su vez son los que muestran una diferencia más marcada al comparar la medición test y retest.

### Síntesis evaluativa

De acuerdo con la autoevaluación formativa llevada a cabo a lo largo de las sesiones y la comparación entre las competencias mostradas por el estudiantado antes y después del abordaje, se observa un impacto positivo del mismo.

Los talleres formativos tuvieron un impacto significativo en los porcentajes de respuesta de las preguntas evaluadas en los procesos de test y retest. Si bien el cierto no se logró una reversión de un 100% en la respuesta errónea, se observa un avance sustancial, el cual debe de mirarse a la luz del limitado tiempo de intervención y el recurso utilizado para la valoración (instrumento de lápiz y papel).

Asimismo se evidencia la apertura y entusiasmo en los grupos de ambos centros educativos, su necesidad de ahondar en temáticas específicas sin reservas y su genuino interés por el aprendizaje. En este sentido, el considerar a las personas jóvenes como interlocutores/as valiosos/as, conocedores/as y capaces de reconocer deficiencias y reflexionar sobre su propia cotidianidad resultó en una experiencia positiva que permitió no sólo ampliar su perspectiva, sino acercar a la sustentante a esta realidad.

## Sistematización de resultados

Objetivo	Indicadores	Actividades
<b>Fase 1: Diagnóstico inicial</b>		
Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas asociados al VIH/SIDA en el estudiantado.	Se llevó a cabo una evaluación tanto cuantitativa como cualitativa sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas asociadas al VIH/SIDA en estudiantes de décimo año.	Participación de un total de 387 estudiantes de décimo año de los cinco centros educativos, en el componente cuantitativo. Esto por medio del llenado del instrumento <i>Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA</i> .  Realización de un total de diez grupos focales para el componente cualitativo en los cinco centros educativos. En cada institución se llevaron a cabo dos grupos focales, uno para hombres y otro para mujeres, con una participación promedio de 10 estudiantes cada uno (96 estudiantes en total).
Comprender las vivencias y necesidades del estudiantado cuanto a la educación sexual.	Se realizó una evaluación cualitativa sobre la experiencia educativa en torno a la sexualidad y las necesidades asociadas.	Ejecución de un total de diez entrevistas semiestructuradas a personal docente en los cinco centros educativos. En cada institución se entrevistó a un/a profesional en Orientación a cargo de estudiantes de décimo año y a un/a docente de Ciencias que estuviera familiarizado/a con la formación en sexualidad de los/as estudiantes.  Realización de un total de diez grupos focales en los cinco centros educativos (consiste en la misma actividad indicada anteriormente para el primer objetivo). En cada institución se llevaron a cabo dos grupos focales, uno para hombres y otro para mujeres, con una participación promedio de 10 estudiantes cada uno (96 estudiantes en total).
<b>Fase 2: Diseño del abordaje</b>		
Diseñar una propuesta para la educación en salud sexual con énfasis en VIH/SIDA, aplicable a estudiantes de décimo año.	Se elaboró un plan de intervención basado en los resultados de la evaluación inicial	Elaboración de la estructura y dinámica de talleres educativos a partir de la información recabada en la primera fase. Los talleres contaron con cuatro ejes, tratados en una sesión cada uno: Sexualidad integral, aspectos cognitivos, aspectos actitudinales y aspectos pragmáticos asociados al VIH/SIDA y la vivencia responsable de la sexualidad. Cada sesión se compuso de introducción, caldeamiento, ejercicio principal, integración de la vivencia y conclusiones, así como un cierre.

---

**Fase 3: Implementación**

---

Implementar la propuesta para la educación en salud sexual con énfasis en VIH/SIDA con estudiantes de décimo año para validar su puesta en práctica en los centros educativos.	Se realizaron dos talleres de cuatro sesiones cada uno en los dos centros educativos seleccionados de acuerdo a la vulnerabilidad detectada en el diagnóstico inicial.	Realización de talleres en el Liceo San Nicolás de Tolentino (19 estudiantes) y en la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz (14 estudiantes). Cada taller constó de cuatro sesiones de ochenta minutos cada una, en las cuales participaron un total de 33 estudiantes: 18 mujeres y 15 hombres.
--	--	--

---

**Fase 4: Evaluación del impacto**

---

Evaluar el proceso de intervención en relación con las necesidades de educación sexual en el estudiantado para validar la propuesta.	Se aplicó un análisis test-retest para valorar el impacto de la intervención, así como una evaluación cualitativa de la experiencia.	Valoración cualitativa de la intervención realizada por medio de las bitácoras por sesión. Se tomaron en cuenta los siguientes elementos: intereses del estudiantado, clima, participación, comunicación, detección de necesidades, así como logros y aspectos a mejorar  Utilización de un instrumento cuantitativo, el cual se establece una línea base para compararla con los resultados del mismo instrumento posterior a la intervención. La valoración constó de 24 variables y se basó en el instrumento utilizado en la primera fase de la práctica, sobre conocimientos, actitudes y prácticas asociados al VIH/SIDA. Participaron los/as 33 estudiantes de ambos centros educativos con los cuales se llevó a cabo la intervención.
--	--	--

---

**Fase 5: Objetivo externo**

---

Proponer recomendaciones para la elaboración de materiales didácticos sobre VIH/SIDA dirigidos a estudiantes de educación secundaria.	A partir de este trabajo se realizaron recomendaciones para la elaboración de materiales didácticos y posibles estrategias de intervención educativa.	Generación de una matriz de recomendaciones basada en las conclusiones extraídas del trabajo realizado.
---	---	---

---

## Conclusiones

Con la intervención realizada se logró aplicar un modelo educativo sobre sexualidad integral con énfasis en prevención de VIH/SIDA. Se utilizaron tanto herramientas cuantitativas como cualitativas en el diagnóstico y la evaluación del impacto, así como técnicas participativas y vivenciales en el abordaje educativo que fomentaron la responsabilidad en la vivencia de la sexualidad. Cada una de las etapas del proceso se encadenó para construir una intervención basada en las necesidades del estudiantado, de modo que permitiera una perspectiva amplia sobre la realidad observada.

### *Sobre los conocimientos, actitudes y prácticas asociados al VIH y las vivencias con relación a la sexualidad*

Para aproximadamente un tercio del estudiantado la práctica sexual activa es parte de la cotidianidad. La actividad sexual no es un abstracto aspiracional en el futuro, es una realidad que hace imperativo que cuenten con herramientas que les permitan una práctica sexual sana y responsable.

Para el resto del estudiantado la actividad sexual es una expectativa a futuro, en algunos casos, cercano, y en otros, con vistas al matrimonio o una relación formal establecida. Esto abre una oportunidad para intervenir preventivamente de manera oportuna, con herramientas que les permitan una toma de decisiones responsable para consigo mismos/as y los/as demás.

Si se toma en cuenta que los/as estudiantes expresan que la confianza y la conexión sentimental en la pareja son elementos fundamentales para que se dé el contacto sexual (sobre todo para las mujeres), esto debe considerarse como una ventana en el tratamiento de la afectividad como inherente a la vivencia integral de la sexualidad.

Existe un grupo de estudiantes que tiene prácticas de riesgo, y que está dispuesto a mantener encuentros casuales en donde la vinculación afectiva es secundaria (sobre todo en el caso de los hombres). A este grupo (minoritario) se le debe prestar atención de manera

prioritaria, de modo que un programa que aborde la sexualidad debe ser capaz de detectar e intervenir a estas poblaciones por su alto nivel de vulnerabilidad.

De las cinco instituciones en donde se llevó a cabo la valoración inicial, se puede establecer una categorización de tres niveles de protección: baja, media y alta. El Liceo Experimental Bilingüe de Cartago se ubica en la categoría alta, los Liceos Elías Leiva Quirós y Dr. Vicente Lachner Sandoval están en una categoría intermedia, y el Liceo San Nicolás de Tolentino junto con la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz en un nivel bajo. Es posible que esta categorización se pueda establecer tanto a nivel regional como nacional. Sin embargo esta debe incorporar las características particulares que de cada población, según sus condiciones sociodemográficas y geográficas.

Asimismo, es importante señalar que se observa relación entre el nivel de vulnerabilidad a prácticas de riesgo y la condición socioeconómica de la población que atiende cada institución. Las dos instituciones donde se realizó el abordaje por medio de talleres formativos reciben población más focalizada geográficamente y de nivel socioeconómico bajo-medio. Otras instituciones atienden mayor cantidad de estudiantes que vienen de un área geográfica mayor, una condición socioeconómica variada y con un nivel de vulnerabilidad moderado.

Con respecto a la formación en sexualidad en el contexto educativo, debe tenerse en cuenta que existe una amplia expectativa y deseo por parte de los y las estudiantes de conocer más acerca de la sexualidad humana. Esto constituye una oportunidad valiosa que debe ser aprovechada por la institucionalidad ya que es un tema que genera motivación y despierta curiosidad en el público meta.

Entre las principales debilidades detectadas en los/as jóvenes se encuentra el desconocimiento sobre la mayoría de los métodos anticonceptivos. Son el preservativo masculino y las pastillas anticonceptivas son los más conocidos y aceptados. De nuevo, esto se presenta como una ventana de oportunidad para la formación en la práctica sexual sana y responsable que ponga a disposición todas las herramientas que el sistema de salud pública ofrece.



En términos generales se observa que el estudiantado posee niveles de conocimientos y actitudes moderadamente positivas. Con respecto a prácticas, hay una variabilidad significativa, asociada a cada institución en particular. Es importante notar que una intervención sistemática y sostenida en el tiempo podría dar buenos resultados, no solo en la temática del VIH/SIDA sino en otras asociadas a la salud sexual y reproductiva.

Respecto del VIH/SIDA, el conocimiento es moderado, ya que comprenden las formas comunes de transmisión y efectos de la misma pero hay carencia en elementos específicos sobre mecanismos de contagio y diferencia entre portar el VIH y padecer SIDA. A modo de ejemplo, se observa que aunque el estudiantado sabe que la transmisión del virus se da por medio de fluidos corporales como la leche materna, los fluidos vaginales, el semen y la sangre, existe mayor seguridad sobre estos dos últimos y menor sobre los dos primeros. En este sentido, una intervención como esta resulta relevante ya que contribuye a la comprensión y desmitificación de esta infección.

En relación con las actitudes, es importante anotar que este es el aspecto mejor evaluado de todo el proceso. Destaca sobre todo la aceptación de las personas que viven con VIH. En segundo lugar se muestra una actitud positiva hacia el uso de preservativo como forma de protección ante infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, aunque no de manera generalizada, se detecta el mito de que los métodos hormonales, como las pastillas o las inyecciones, tienen capacidad de proteger ante la propagación del virus. En tercer lugar, se tienen las buenas actitudes hacia las conductas sexuales preventivas.

A nivel de discurso se observan actitudes de respeto y no discriminación hacia las personas portadoras de VIH. Sin embargo en situaciones concretas de interacción personal se evidencian recelo y distancia. Lo anterior debe ser tomado en cuenta y ampliado en un programa que tenga pretensiones de abordar la sexualidad integralmente.

En cuanto a las prácticas sexuales, en general existe claridad, tanto en hombres como en mujeres, sobre las prácticas sexuales seguras e inseguras. Sin embargo, se detectan comportamientos inseguros tales como, coito interrumpido o no uso del preservativo. En el caso de los hombres se observa más presente el encuentro casual, lo que los vuelve más

vulnerables. Dado lo anterior, el fomento del pensamiento reflexivo y la planeación a futuro se vuelven fundamentales.

Otro elemento relacionado con prácticas protectoras es el uso del preservativo. El uso sistemático de este es bajo, lo cual debe considerarse en relación con la cantidad relativa de personas que han tenido relaciones sexuales por institución (en ambos extremos están la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz con un 68,2% y el Liceo Experimental Bilingüe José Figueres Ferrer con un 12%). El uso regular del preservativo mejora sus porcentajes de uso respecto al uso sistemático. Lo anterior requiere una atención especial dada la doble función del preservativo para prevenir el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.

Desde una perspectiva general, son la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz y el Liceo San Nicolás de Tolentino los centros educativos en los cuales se observó mayor situación de vulnerabilidad en cuanto a la vivencia de una sexualidad segura. Por esta razón estas son las instituciones en las que se realizó el abordaje educativo.

Es necesario, asimismo, hacer referencia a la importancia de las fuentes de información que los y las jóvenes refieren como válidas. Muchos/as destacan poseer una relación de confianza que les permite comunicarse abiertamente con al menos uno de los progenitores para evacuar dudas sobre temas de sexualidad. Esto podría considerarse o no una ventaja ya que la formación en el seno del hogar siempre es un tema fundamental. Sin embargo, también abre una brecha de vulnerabilidad dependiendo del nivel educativo y la cantidad y calidad información manejada por las familias de los/as jóvenes.

El nivel educativo de los padres pareciera tener alguna importancia en relación con el nivel de conocimiento de los/as hijos, sin embargo esta tendencia no es lo suficientemente marcada para convertirse en una relación directa. Por otra parte, el colegio de procedencia y el nivel educativo de padres/madres tampoco se asocian de forma clara. Se puede observar jóvenes con altos niveles de conocimiento y estos/as muestran independencia del colegio de procedencia así como de la escolaridad de padres y madres. Por tanto, se puede concluir que, al menos en esta población, existe una heterogeneidad de factores que se asocian con el nivel de conocimiento de los/as jóvenes y que no se puede reducir a uno en particular.

### *Sobre el abordaje educativo en forma de talleres participativos*

A partir del diagnóstico inicial realizado en las cinco instituciones educativas se escogió a las dos con niveles mayores de vulnerabilidad. A partir de este diagnóstico se desarrolló la propuesta basada en las observaciones obtenidas en la fase evaluativa inicial, tanto a partir de los productos cualitativos como cuantitativos. Esta giró en torno al acercamiento a la realidad propia del estudiantado.

Tomando como punto de partida las necesidades detectadas en la población, el énfasis estuvo en el fomento de la responsabilidad, la salud sexual y la prevención del VIH. Se aportaron nuevos conocimientos y se reforzó y profundizó en los ya adquiridos.

Se elaboró la estructura de las sesiones participativas, mediadas pedagógicamente para responder a las necesidades detectadas y valorar su impacto.

La intervención se llevó a cabo en el Liceo San Nicolás de Tolentino y en la Unidad Pedagógica Rafael Hernández Madriz. Para cada grupo de estudiantes se contó con cuatro sesiones de ochenta minutos cada una.

### *Sobre la evaluación del impacto de la intervención*

Antes iniciar las sesiones formativas se llevó a cabo una valoración cuantitativa de conocimientos, actitudes y prácticas asociados a la sexualidad y VIH/SIDA. Posterior a estas el estudiantado respondió nuevamente el instrumento inicial, con el fin de valorar el cambio producto de la intervención. La valoración cualitativa de la experiencia mostró amplia disposición por parte del estudiantado, así como la relevancia que para ellos/as representó al abordaje de la sexualidad.

Una de las conclusiones más importantes a las que se puede llegar a través de este proceso es que las sesiones formativas generan resultados positivos. Se observa mejora sustancial de los niveles de conocimiento, un reforzamiento de las actitudes positivas y una toma de conciencia mayor acerca de prácticas sexuales responsables. Es importante tener en cuenta que se logran estos resultados con una intervención limitada en tiempo y recurso y que cabe

especular que un proceso continuado y sistemático tendría resultados mucho más alentadores y sostenidos.

### *Sobre el Programa de Educación para la Afektividad y Sexualidad Integral del Ministerio de Educación Pública*

Si bien es cierto entre los objetivos de este trabajo no se contaba con analizar los alcances y limitaciones del PEASI, se encuentran una serie de elementos que son dignos de destacar.

La actitud de los/as docentes hacia el programa es en algunos casos de apatía o desinterés, debido a varias razones tales como contenidos a impartir, deficiencias en el apoyo institucional, tanto a nivel de Ministerio como de la institución en particular, así como en las competencias necesarias para desarrollarlo y falta de fiscalización del cumplimiento del mismo. Por esto se considera importante que la aplicación de un programa de este tipo tenga en cuenta las voces del personal docente sobre los retos y desafíos a los que se enfrentan.

Desde la perspectiva estudiantil la educación sexual recibida en las instituciones es tardía, no responde a sus necesidades de información, y cuando existe no profundiza en los aspectos específicos en los que desean ser formados/as. En este sentido, rescatar la voz del estudiantado como interlocutor válido y agente en su propia formación se vuelve fundamental.

Se evidencia, además, desconfianza por parte del estudiantado en la competencia técnica y ética del cuerpo docente para impartir estos contenidos. Esto muestra la necesidad del reforzamiento constante de los procesos de capacitación y sensibilización del personal docente.

El estudiantado es enfático en la necesidad de información científicamente válida, directa y sin tapujos, que profundice en sus intereses. Incluso, es deseable, para ciertas temáticas (como el uso del preservativo) que la formación no provenga de personal interno de la institución, sino externo.

## **Alcances y limitaciones**

Un trabajo como este siempre experimenta limitaciones propias de las dinámicas de coordinación con diferentes instituciones. Al ser esta una práctica que contó una etapa investigativa de recolección de datos y una etapa posterior de intervención, pueden dividirse las limitaciones en estas dos etapas.

Las limitaciones en el proceso de diagnóstico se debieron principalmente al alcance mismo de la recolección de los datos. Al proponerse un análisis de tipo mixto, la cobertura del número de grupos y de la cantidad de instituciones involucradas debió de reducirse a cinco. Debido a que esta es una práctica de carácter individual no se pudo abarcar mayor número de grupos dado al volumen de datos que se hubiese generado.

Es importante anotar que la recolección de los datos se realizó de manera concentrada y la coordinación en esta primera etapa fue expedita con cada centro educativo. Se contó con el total apoyo tanto del Departamento de Salud y Ambiente, así como del personal de orientación de los cinco centros educativos.

Sin embargo, los alcances de esta experiencia, en lo referido a la etapa inicial, con la exploración de conocimientos, actitudes y prácticas, no son generalizables debido a que su aproximación es de carácter descriptivo. La muestra no es estadísticamente significativa para describir la población estudiantil nacional pero es grande y permite dar luces sobre el tema en cuestión.

Aunque el instrumento no está diseñado para hacer inferencias es una herramienta descriptiva que permite hacer conclusiones para la muestra observada, que es últimamente la el objetivo en el contexto de esta práctica: ser parte del proceso evaluativo de la población a intervenir. El instrumento no puede utilizarse para un estudio a nivel nacional, pues para lograr mediciones confiables debe desarrollarse una herramienta para tal fin que cumpla con criterios adecuados de confiabilidad y validez.

Además, en atención al respeto a la diversidad, debe tomarse en cuenta que el instrumento es heteronormativo, y no necesariamente inclusivo de las diversas formas de relacionarse sexualmente.

Respecto a la etapa de intervención, la logística de preparación y sobre todo la coordinación de los tiempos para desarrollar los talleres formativos experimentaron dificultades. Esto debido a los problemas de calendario con las instituciones y actividades propias de las mismas, así como la conformación de los grupos de intervención que contaran con permiso de padres, madres o personas encargadas.

La metodología flexible y basada en las propias demandas del estudiantado permitió un acercamiento sus necesidades pero a la vez representó una limitación en el manejo del tiempo disponible para cada sesión, pues este podía alargarse de acuerdo a las necesidades expresadas en la sesión. Aun así, no siempre pudo atenderse todo vacío de información, sea porque no había suficiente tiempo para abordarlo o porque emergía en un momento en que no era posible darle la adecuada atención de acuerdo con los objetivos de cada etapa de las sesiones.

Asimismo, la propia dinámica del manejo de los horarios, espacios, autorizaciones e incluso la convocatoria de los y las estudiantes para realizar las actividades en cada centro educativo fue un elemento que podía atrasar el inicio a tiempo de las sesiones. La disponibilidad del espacio o equipo también influyó en este aspecto.

En esta línea, también se presentaron algunas dificultades a la hora de realizar las actividades con el estudiantado que no poseía autorización escrita desde el hogar para participar. Por esto, aunque algunos/as deseaban insertarse en la dinámica de la intervención, no todos/as pudieron hacerlo por esta limitante.

Aunque dividir por género a los y las estudiantes en los grupos focales fue una herramienta valiosa para fomentar la apertura en un espacio seguro, el género de la facilitadora en los grupos focales con hombres pudo haber representado una limitante a la hora de facilitar la expresión en el espacio grupal.

## Recomendaciones

A partir del trabajo realizado y en atención al objetivo externo del mismo, que consiste en dar recomendaciones al Ministerio de Educación Pública sobre la elaboración de recursos didácticos atinentes a la sexualidad y el VIH/SIDA, se exponen a continuación líneas de acción que se desprenden del proceso. Estas se dirigen no sólo al MEP sino a otras instituciones de influencia asociadas a la formación en sexualidad integral.

### *Al Ministerio de Educación Pública (Departamento de Salud y Ambiente)*

1. Es muy importante atender con prioridad a aquellas poblaciones vulnerables y en condiciones socioeconómicas empobrecidas. Por lo tanto, se recomienda el desarrollo de un programa de mediciones periódicas de naturaleza diagnóstica acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la sexualidad y la promoción de la salud en este ámbito.
2. Se recomienda para tal fin el desarrollo de un instrumento adaptado/estandarizado a la población del país. Este debe ser robusto tanto a nivel psicométrico como sociodemográfico, que le permita al Departamento realizar mediciones periódicas a nivel regional y nacional. De esta forma se puede generar comparabilidad y observar tendencias en el tiempo para que constituya información útil en la toma de decisiones. Lo anterior debido a que el instrumento cuantitativo usado en la etapa de diagnóstico aportado por el MEP para esta práctica no mostró evidencias robustas de confiabilidad y validez.
3. Se considera de interés prioritario la elaboración de manuales técnicos de uso de métodos anticonceptivos con recomendaciones sobre alcances, riesgos, limitaciones, uso adecuado, acompañados de material audiovisual accesible por redes sociales (YouTube, Facebook, Instagram), con una adecuada mediación pedagógica.

4. La filosofía de los materiales debe ser constructivista, abierta, flexible contextualizada a la cotidianidad del estudiantado, con un uso de situaciones, contexto y lenguaje adecuado a la población a la que se dirige. Uno de los pilares para la elaboración de estos materiales debe ser el respeto a la duda de los y las estudiantes, valorar sus inquietudes como interlocutores/as válidos/as.
5. En esta misma línea de generar materiales y canales de comunicación que faciliten el acceso a información fidedigna y de calidad, se recomienda desarrollar un canal de media digital abierto y continuo de generación de contenido arbitrado donde los/as estudiantes propongan temáticas, generen preguntas y validen materiales. En este se pueden incluir cápsulas específicas sobre diversos temas, como el VIH/SIDA.
6. La creación de este canal de comunicación y elaboración de contenidos debe ir de la mano con directrices a los y las docentes para su uso en el aula.
7. Como estrategia complementaria a estas acciones se recomienda la planificación de un programa de giras con un equipo interdisciplinario que lleve a cabo talleres participativos que refuercen los contenidos del Programa de Educación para la Afectividad y Sexualidad Integral (PEASI). Del mismo modo, conectar los contenidos y productos de ese tour con el canal abierto mencionado anteriormente de manera que ambos se retroalimenten.
8. Sabiendo que entre más temprano se inicie la actividad sexual, más riesgo de exposición a prácticas inseguras (Valverde, Solano, Alfaro, Rigioni & Vega, 2001), es importante adecuar la formación en prácticas sexuales responsables a la realidad demográfica del país pues se sabe que más de la mitad de las personas que inician actividad sexual tienen menos de dieciocho años (CPJ, 2013). En el caso de la presente indagación la mayoría inicia entre los catorce y dieciséis años. Así, en un esfuerzo preventivo, estos contenidos deben impartirse desde antes del inicio del contacto sexual.



9. Es muy importante replantear el papel del y la docente dentro de PEASI, y en este sentido, una acción prioritaria constituye reforzar los procesos de capacitación. Adicionalmente, se recomienda que el/la docente encargado/a de impartir el PEASI se dedique únicamente a este y no imparta al mismo grupo otra materia (Ciencias). Es decir, si un profesor/a imparte Ciencias a un grupo, entonces no debería encargarse de dar los contenidos del PEASI a este grupo en particular. Los contenidos de este programa de educación deben ser una materia independiente con planeamiento, evaluación y fiscalización institucional individualizada.
10. Por último, vale recalcar la importancia de generar mecanismos de valoración del impacto para modificar o reforzar las intervenciones, sea a nivel del PEASI en el aula como los tours y el canal de generación de contenido.

#### *A los centros educativos*

11. Es importante que los y las profesionales en orientación y otras autoridades de los centros educativos intervenidos en esta práctica (y en general), desarrollen una adecuada comunicación con el personal que imparte el PEASI, de manera que se lleven a cabo acciones de mejora en cuanto a su implementación, apoyo, seguimiento y medición de su impacto.
12. Esta comunicación debe servir como espacio para la detección e intervención de casos especialmente vulnerables entre el estudiantado, a fin de que estos puedan ser atendidos y/o referidos de manera adecuada.
13. Asimismo, se recomienda al personal docente a cargo del PEASI que busque espacios de capacitación complementaria que les permitan sentir comodidad en su rol en el proceso de enseñanza y de aprendizaje, de manera que puedan percibirse por parte de los/as estudiantes como fuente fiable de información.
14. Así, los y las docentes deben reforzar su compromiso ético de manera que se comprenda que la educación en la sexualidad no es una materia impuesta

verticalmente por el MEP, sino que es un espacio de formación integral que puede y debe salvaguardar, de acuerdo con sus propios alcances, la salud y la calidad de vida de los y las estudiantes.

#### *Al Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica*

15. Desde el Colegio de Profesionales en Psicología debe reconocerse el tema de la salud sexual y reproductiva de en la población joven como un tema prioritario a nivel nacional, de forma que se convierta en un interlocutor directo para el MEP en la generación de acciones que promuevan una mejor calidad de vida para estos/as.
16. Asimismo, debe tomar un papel activo para que quienes formen a los y la adolescentes en afectividad y sexualidad en el sistema educativo sea personal calificado para tal labor. Este no sólo debe conocer los contenidos y objetivos sino tener herramientas para abordar los elementos afectivos y relacionales del PEASI. Desde el Colegio debe instarse a que el MEP designe preferentemente a profesionales en psicología para esta tarea.
17. El Colegio profesional, por su parte, debe realizar capacitaciones periódicas para los y las profesionales en psicología, en temáticas relacionadas con la adecuada formación en sexualidad, con énfasis en conocimientos adecuados, actitudes favorables, la prevención de prácticas de riesgo y promoción de la responsabilidad.

#### *A la Escuela de Psicología de la Universidad Costa Rica*

18. En el ámbito de la Escuela de Psicología se recomienda que esta inste a los y las estudiantes a realizar trabajos finales de graduación dentro del MEP y en coordinación con el Departamento de Salud y Ambiente u otros con objetivos cercanos a la psicología. Esto con el fin de que se continúen y extiendan los esfuerzos de diagnóstico e intervención propios de una práctica como la presente y

que tiene implicaciones más allá de la misma pues brinda insumos de trabajo a futuro para la institución.

19. Siendo que la educación en sexualidad es de vital importancia para la formación profesional en psicología, es recomendable que la Escuela brinde formación a todo el estudiantado en este ámbito. Para esto, el Módulo de Sexualidad y Placer debe pasar de ser optativo a obligatorio para completar el plan de estudios en la carrera. De esta manera los y las estudiantes pueden contar con herramientas específicas que conjuguen la sexualidad y la psicología para la mediación en contextos educativos, o de otra índole, relacionados con la sexualidad integral, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
20. De igual manera, destaca la importancia de desarrollar un convenio de cooperación con el MEP para el desarrollo, validación, adaptación, estandarización de pruebas e instrumentos robustos que puedan ser utilizados para el diagnóstico óptimo de los aspectos relacionados con la educación de la sexualidad, en especial en instrumentos de tipo CAP (conocimientos, actitudes, prácticas).
21. Asimismo, debe propiciarse que los contenidos curriculares en la carrera que aborden la sexualidad y su práctica sana de manera transversal, a fin de que los y las nuevos/as profesionales estén capacitados/as para lidiar con los desafíos de educar a múltiples poblaciones tomando en cuenta su heterogeneidad etaria, educativa, cultural y socioeconómica.
22. Además, se requiere establecer vínculos con la Escuela de Formación de Docente, de manera que los y las estudiantes que se están formando en diversas áreas para impartir lecciones en el sistema educativo nacional tengan herramientas para hacer frente a las situaciones particulares para el abordaje de la temática de sexualidad en las aulas, en especial para quienes serán docentes de Ciencias.

## Referencias

### Referencias bibliográficas

- Achiong, M., & Achiong, F. (2011). Intervención educativa en VIH/SIDA a adolescentes del Instituto Preuniversitario Vocacional de Ciencias Exactas "Carlos Marx", de Matanzas. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(3), 336-345.
- Alzate, M. A., Arbelaez, M. C., Gómez, M. A., Romero, F., & Gallón, H. (2003). Intervención, mediación pedagógica y los usos del texto escolar. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1-16.
- Arias, M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(1), 13-26.
- Banco Mundial [BM]. (2006). *Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Costa Rica: situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia*. Washington: Programa global de VIH/SIDA.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Barragán, F. (1999). *Programa de Educación Afectivo Sexual. Educación Secundaria. Sexualidad, educación sexual y género*. Andalucía: Consejería de Educación y Ciencia.

- Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yépez, E., Abad-Franch, F., & Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/sida en adolescentes. *Rev Panam Salud Pública*, 10(2), 86-94.
- Basulto, E., Machado, E., Medina, F., & Gutiérrez, A. (2012). Intervención educativa sobre las ITS / VIH/ SIDA en adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1. . *Ciencias Holguín*, 18(1), 1-11.
- Betancourt, D., & Navarro, B. (2010). *Conocimientos, actitudes y prácticas de la sexualidad en estudiantes de la Universidad de Costa Rica, Sede de Guanacaste, matriculados(as) en el segundo semestre del año 2009*. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología.
- Camacho, E., & Galán, S. (2015). *Alternativas psicológicas de intervención en psicología de la salud*. México: Manual Moderno.
- Castillo, R., & Ugalde, S. (2008). *Conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la sexualidad y el VIH/SIDA en adolescentes de una zona rural del cantón de Turrialba*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Centro para la Promoción de la Salud. (1998). La aplicación de las teorías y técnicas de las ciencias sociales a la promoción de la salud. *Public Health*, 4(2), 143-148.
- Consejo de la Política Pública de la Persona Joven [CPJ]. (2013). *Segunda Encuesta Nacional de Juventudes: informe de principales resultados*. Costa Rica: CPJ.

- Consejo Nacional de Atención Integral del VIH-SIDA [CONASIDA]. (2012). *Informe Nacional sobre el avance en la lucha contra el SIDA 2010-2011*. San José: CONASIDA.
- Creswell, J. W. (2005). *Educational Research: Planning, Conducting and Evaluating Quantitative and Qualitative Research*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Defensa de Niños y Niñas Internacional [DNI]. (2007). *Módulo de capacitación dirigido a personas adolescentes para desarrollar estrategias de reprecibilidad en el tema "Educación integral de la sexualidad con énfasis en VIH y SIDA"*. San José: DNI.
- DeMaría, L., Galárraga, O., Campero, L., & Walker, D. (2009). Educación sobre sexualidad y prevención del VIH: un diagnóstico para América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública*, 26(6): 485–493.
- Estrada, J. (2007). Education oriented to the youth as a tool in the prevention of aids. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 25(1), 61-70.
- Fernández, M. (2010). Apuntes para la construcción de un concepto de adolescencia en psicoanálisis. *Otra Escena*, 1(5), 164-197.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [PFNU]. (2002). *Facilitando condiciones de vida saludables: jóvenes en situación de exclusión social en la prevención del VIH/SIDA*. Nueva York: UNFPA.
- Fondo de Población de Naciones Unidas. (2008). *Breves Guías Globales: Intervenciones relacionadas con VIH para jóvenes*. Nueva York: UNFPA.

Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria [GFATM]. (2014).

*Nota conceptual estándar*. San José: The Global Fund.

Fournier, M. V. (2007). *Evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el VIH/SIDA con adolescentes de aulas regulares del Ministerio de Educación antes y después de la capacitación a los/as maestras por parte del DNI*. Costa Rica: Investigaciones Psicosociales SA.

Guerra, H., Trujillo, N., Navarro, N., & Martínez, A. (2009). Intervención educativa para elevar conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en jóvenes. *Revista Archivo Médico de Camagüey, 13*(6).

Gurdián, A. (2007). *El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socio-Educativa*. San José: Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana. Agencia Española de Cooperación Internacional.

Hanson, W., Creswell, J., Plano, V., Petska, K., & Creswell, J. D. (2005). Mixed Methods Research Design in Counseling Psychology. *Faculty Publications, Department of Psychology, 52*(2), 224-235.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., Méndez, S., & Mendoza, C. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Education.

Hyde, J., & DeLamater, J. (2006). *Sexualidad Humana* (9na ed.). México: Mc Graw Hill.

Kirby, D. (2002). Effective Approaches to Reducing Adolescent Unprotected Sex, Pregnancy, and Childbearing. *The Journal of Sex Research, 39*(1), 51-57

- Krauskopf, D. (1995). *Adolescencia y educación*. San José: EUNED.
- Malespín, K., & Vargas, R. (2005). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad segura y satisfactoria de los(as) estudiantes residentes de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica.
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2010). *Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y SIDA 2011-2015*. San José: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2016). *Plan Estratégico Nacional (PEN) en VIH y SIDA, 2016-2021*. San José: Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud.
- Montero, K., Soto, N., & Valverde, A. (2005). *Programa de salud sexual, salud reproductiva, derechos sexuales y derechos reproductivos, dirigido a estudiantes de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, I y II ciclo, 2005*. Trabajo de Grado, Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica.
- Morales, P. A. (2012). *Elaboración de material didáctico*. México: Red Tercer Milenio.
- Murillo, M. (2007). *Cómo enseñar la sexualidad: Para aprender el lenguaje de la sexualidad y enseñarlo*. México: Pax México.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007). *Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015: romper la cadena de transmisión*. Ginebra: OMS.



- Papalia, D., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. México: McGraw Hill.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA]. (2002). *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*. Washington: ONUSIDA, OMS.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2009). *Un enfoque estratégico: el VIH y el SIDA y la educación*. París: UNESCO.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2014). *Estimaciones sobre el VIH y el SIDA en Costa Rica*. San José: ONUSIDA.
- Quirós, R.; Amador, C. (productores) y Prada, M. (directora). (2018). *VIH en Costa Rica: un nuevo caso cada doce horas* [reportaje]. Costa Rica: 7 días.
- Raymond, E. (2005). La Teorización Anclada (Grounded Theory) como Método de Investigación en Ciencias Sociales: en la encrucijada de dos paradigmas. *Cinta moebio*, 23, 217-227.
- Reyes, A. (2016). Infecciones de transmisión sexual, un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela. *Comunidad y Salud*, 14(2), 63-71.
- Rubio, E. (1994). Introducción al estudio de la Sexualidad Humana. En Consejo Nacional de la Población, *Antología de Sexualidad Humana*. México: Porrúa.
- Sánchez, J. (2013). *Educación para la salud: una introducción*. México: Manual Moderno.

- Segura, S., Matzumura, J., & Gutiérrez, H. (2015). Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes del tercer año de secundaria del Colegio "Los Jazmines de Naranjal" de Lima, 2014. *Horizonte Médico*, 15(4), 11-20.
- Sex Information and Education Council of the United States [SIECUS]. (1996). *Guidelines for comprehensive sexuality education*. Nueva York: SIECUS.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. California: Sage Publications, Inc.
- Valverde, O., Solano, A., Alfaro, J., Rigioni, M., & Vega, M. (2001). *Encuesta Nacional sobre Riesgos de la Conducta en los Adolescentes en Costa Rica*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Viceministerio de Juventud [VJ]; Consejo Nacional de la Política Pública de la Persona Joven [CPJ]; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]; Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2011). *Modelo de promoción de estilos de vida saludables y prevención de VIH y SIDA entre adolescentes*. San José: Programa Conjunto Giro 180.
- Villarrosal, M. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas: cuadernos de investigación. *Boletín Emancipa*, 11-30.

Von Sneidern, E., Quijano, L., Paredes, M., & Obando, E. (2016). Estrategias educativas para la prevención de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. *Rev. Médica Sanitas, 19(4)*, 198-207.

### **Referencias electrónicas**

Centro de Control y Prevención de Enfermedades [CDC]. (24 de Junio de 2018). Obtenido de <https://www.cdc.gov/hiv/default.html>

Coalición Mundial sobre la mujer y el SIDA [GCWA]. (2006). *Educación a las niñas. Luchar contra el SIDA*. Obtenido de: [http://data.unaids.org/pub/BrochurePmaphlet/2006/1c185-educategirls\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/BrochurePmaphlet/2006/1c185-educategirls_es.pdf)

Hernández, A. (2010). La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. *Psicopedía hoy, 12(12)*. Obtenido de <http://psicopediahoy.com/vivencia-como-categoria-de-analisis-psicologia/>.

Ministerio de Educación Pública [MEP]. Indicadores educativos (2014-2016). Obtenido de [http://www.mep.go.cr/indicadores\\_edu/cifras.html](http://www.mep.go.cr/indicadores_edu/cifras.html)

Ministerio de Educación Pública. (2014). *Misión y visión del MEP*. Obtenido de <http://www.mep.go.cr/transparencia-institucional/informacion/mision-y-vision-del-mep>

Ministerio de Salud [MINSA]. (2012). *Ministerio de Salud apunta a que Costa Rica logre ¡cero SIDA!* Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de->

prensa/noticias/664-noticias-2012/474-salud-apunta-a-que-costa-rica-logre-icero-sida

National Geographic Society. (16 de Diciembre de 2015). *SIDA*. Obtenido de <http://nationalgeographic.es/ciencia/salud-y-cuerpo-humano/sida>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (Noviembre de 2015). *VIH/SIDA. Nota descriptiva*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>

Rodríguez, O. (2005). La triangulación como estrategia de investigación en Ciencias Sociales. Obtenido de <http://www.madrimasd.org/revista/revista31/tribuna/tribuna2.asp>

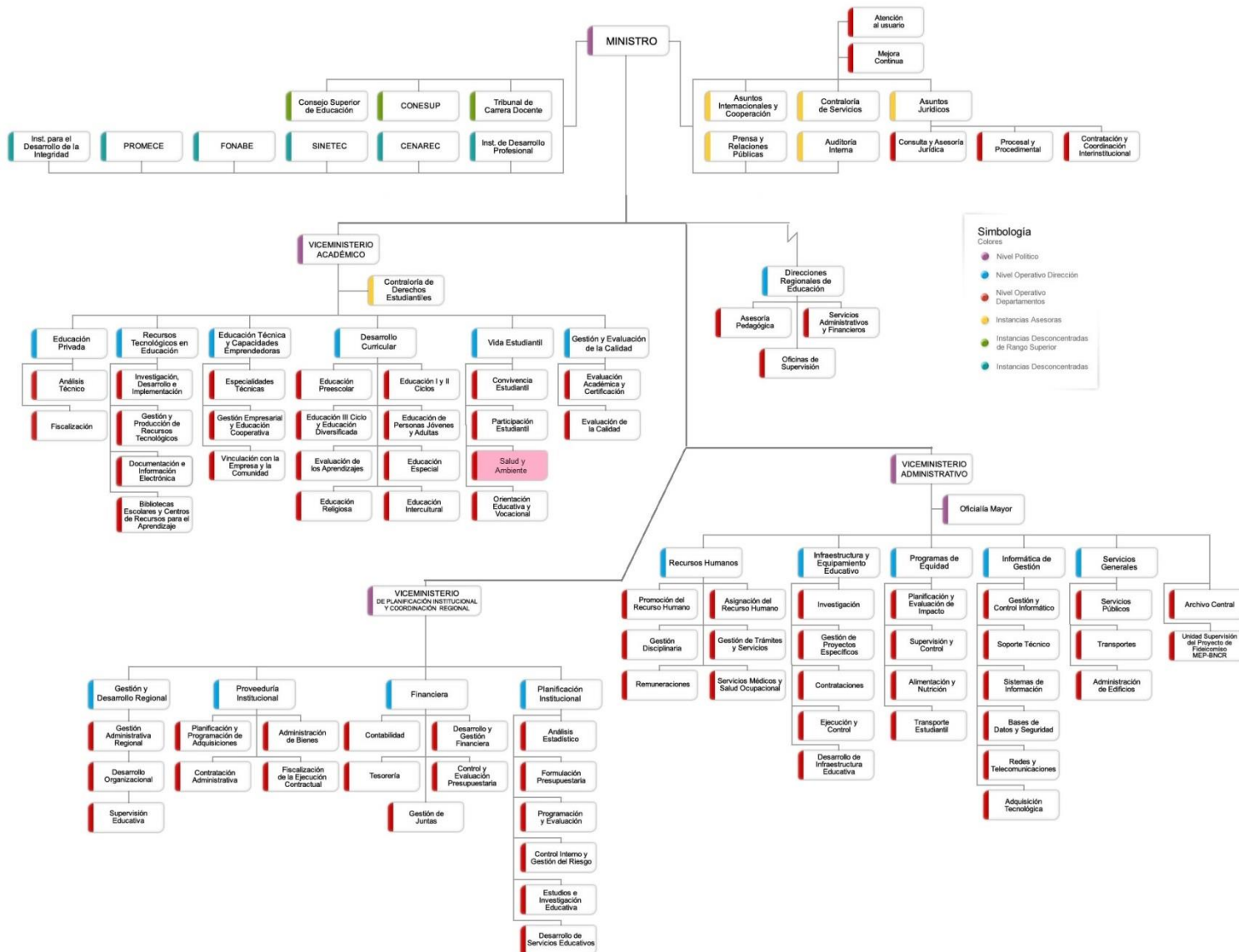
Rojas, E. (Junio de 2014). *Encuesta reveló desinformación sobre VIH/SIDA*. Obtenido de <http://www.ucr.ac.cr/noticias/2014/06/16/encuesta-revelo-desinformacion-sobre-vih-sida.html>

Saravia, L., Meroni, A. L., & Ibáñez, A. (2010). *Modelos de comportamientos en salud*. Obtenido de <http://escritura.proyectolatin.org/educacion-alimentaria-y-nutricional-en-el-marco-de-la-educacion-para-la-salud/modelos-de-comportamiento-en-salud-y-cambio-de-comportamiento/>

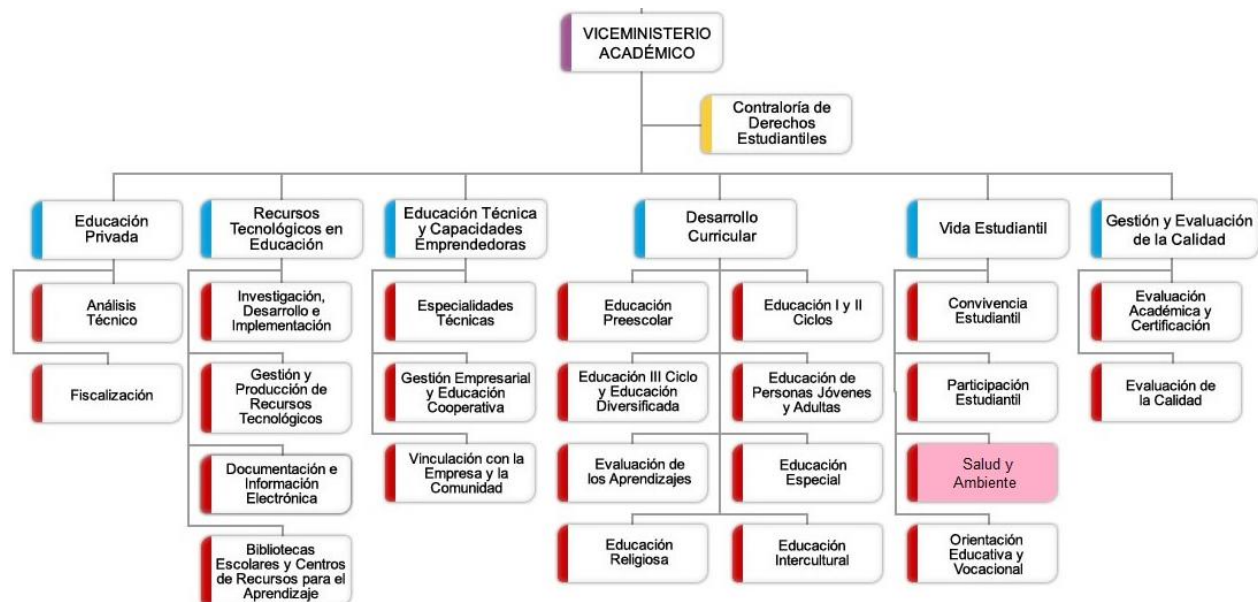
Ugarte, J. (4 de Julio de 2017). Autoridades llaman la atención ante el aumento del VIH en Costa Rica. *CRHoy*, págs. Disponible en <https://www.crhoy.com/nacionales/autoridades-llaman-la-atencion-ante-el-aumento-del-vih-en-costa-rica/>.

# Anexos

# Anexo 1: Organigrama del Ministerio de Educación Pública



Organigrama del Viceministerio Académico del Ministerio de Educación Pública (acercamiento)



Fuente: Ministerio de Educación Pública (2014)

## Anexo 2: Instrumento cuantitativo para evaluación inicial

### Cuestionario Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA

Centro educativo: \_\_\_\_\_ Sección: \_\_\_\_\_

#### Instrucciones

A continuación se le presenta un cuestionario acerca de temáticas relacionadas con VIH/SIDA. El cuestionario es absolutamente anónimo y la información que usted brinde se tratará bajo estricta confidencialidad. Observe que no se le pide su nombre, y que usted colocará el cuestionario completo en una caja, de modo que no exista ninguna posibilidad de saber qué contestó cada uno de ustedes.

Por lo anterior, le solicitamos llenar el cuestionario con absoluta confianza y sinceridad, ya que de esa manera podremos comprender un poco más acerca de esta temática desde sus propias opiniones y vivencias como adolescentes.

Por favor, no deje ningún espacio en blanco.

#### SECCIÓN A:

1- ¿Conoce usted sobre la existencia del VIH/SIDA?

1- Sí                      2- No                      → SI CONTESTA "NO", PASE A LA SECCIÓN B

2- ¿Cómo se ha enterado usted sobre el VIH/SIDA? → **MARQUE TODAS LAS ALTERNATIVA QUE CONSIDERE NECESARIO**

1- Medios de comunicación TV, radio, etc	1- Sí	2- No
2- Folletos o afiches	1- Sí	2- No
3- Escuela o colegio	1- Sí	2- No
4- Centro de salud	1- Sí	2- No
5- Doctor/a	1- Sí	2- No
6- Amigos/as	1- Sí	2- No
7- Familiares	1- Sí	2- No
8- Otros	1- Sí	2- No

#### SECCION B

1. ¿En alguna oportunidad usted ha recibido clases, cursos o charlas sobre educación sexual?	1- SI ( )                      2- NO ( ) → SI CONTESTA "NO" PASE SECCION C
2. ¿Dónde ha recibido estas actividades, clases, o cursos sobre educación sexual?	1. Escuela 2. Colegio 3. EBAIS/clínica de seguro 4. Grupo de jóvenes de la iglesia 5. Otra agrupación juvenil: _____ 6. Otro: _____



## SECCION C

Se presentan a continuación un grupo de preguntas sobre el VIH/SIDA. Para cada pregunta tiene varias opciones de respuesta. Lea cada pregunta y cada opción, y seleccione la respuesta que considere más adecuada, marcando con una equis X la letra que corresponde a la opción que usted ha escogido. Si no está seguro/a sobre la respuesta correcta, seleccione la que le parezca más probable. Es importante que responda a todas y cada una de las preguntas que se le plantean.

Al lado de cada pregunta aparecen tres frases que describen el nivel de seguridad con el que usted respondió. Indique, para cada pregunta, cuál fue el grado de seguridad con el que la contestó, marcando la letra que corresponda a la opción que mejor describa cómo se siente sobre la respuesta escogida. **EJEMPLO:**

Pregunta	Respuesta	Certeza de mi respuesta
El SIDA ataca principalmente al:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistema nervioso</li> <li>2. Sistema endocrino</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 3. Sistema inmunológico</li> <li>4. Sistema respiratorio</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 1. Estoy totalmente seguro/a que mi respuesta es correcta</li> <li>2. Tengo dudas sobre la respuesta que escogí</li> <li>3. Desconozco la respuesta más correcta, tuve que adivinar</li> </ol>

Recuerde entonces que para cada pregunta usted tiene que marcar dos respuestas, una para responder a la pregunta y otra para indicar cuál es el grado de seguridad que usted tiene sobre la respuesta escogida.

Pregunta	Respuesta	Certeza de mi respuesta
1- El SIDA es una enfermedad que:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ataca el sistema digestivo de las personas</li> <li>2. Debilita las defensas del cuerpo ante otras enfermedades</li> <li>3. Trastorna el funcionamiento de las extremidades superiores e inferiores.</li> <li>4. Todas las anteriores.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estoy totalmente seguro/a que mi respuesta es correcta.</li> <li>2. Tengo dudas sobre la respuesta que escogí.</li> <li>3. Desconozco la respuesta más correcta, tuve que adivinar.</li> </ol>
2- El VIH se puede transmitir por medio de los siguientes líquidos del cuerpo:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La sangre y el semen.</li> <li>2. El sudor, la saliva y la leche materna.</li> <li>3. La sangre, el semen los fluidos vaginales y la leche materna.</li> <li>4. Todos de los anteriores.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estoy totalmente seguro/a que mi respuesta es correcta</li> <li>2. Tengo dudas sobre la respuesta que escogí</li> <li>3. Desconozco la respuesta más correcta, tuve que adivinar</li> </ol>
3- El VIH puede transmitirse por:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relaciones sexuales sin condón con una persona infectada</li> <li>2. Mediante la sangre o por compartir objetos punzo-cortantes</li> <li>3. De la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia</li> <li>4. Todas las anteriores</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estoy totalmente seguro/a que mi respuesta es correcta</li> <li>2. Tengo dudas sobre la respuesta que escogí</li> <li>3. Desconozco la respuesta más correcta, tuve que adivinar</li> </ol>
4- El VIH puede transmitirse también por:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La picadura de un mosquito</li> <li>2. Estornudos, tos o sudor de una persona infectada</li> <li>3. Bañarse en una piscina o compartir el servicio sanitario con una persona infectada</li> <li>4. Ninguna de las anteriores</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estoy totalmente seguro/a que mi respuesta es correcta</li> <li>2. Tengo dudas sobre la respuesta que escogí</li> <li>3. Desconozco la respuesta más correcta, tuve que adivinar</li> </ol>

<p>5- Se puede saber si se está infectado por el VIH:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con solo la apariencia de la persona</li> <li>2. Mediante una prueba de sangre</li> <li>3. Por los signos que aparecen en los órganos genitales pene o vagina</li> <li>4. Todas las anteriores</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estoy totalmente seguro/a que mi respuesta es correcta</li> <li>2. Tengo dudas sobre la respuesta que escogí</li> <li>3. Desconozco la respuesta más correcta, tuve que adivinar</li> </ol>
<p>6- Para prevenir la infección por el VIH mediante relaciones sexuales con penetración o con contacto con fluidos de los órganos genitales, se puede optar por:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abstenerse de tener relaciones sexuales</li> <li>2. Tener una pareja a la que se le es fiel, y con un examen que demuestre que no tienen el VIH</li> <li>3. Teniendo relaciones sexuales con condón</li> <li>4. Todas las anteriores</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estoy totalmente seguro/a que mi respuesta es correcta</li> <li>2. Tengo dudas sobre la respuesta que escogí</li> <li>3. Desconozco la respuesta más correcta, tuve que adivinar</li> </ol>
<p>7- A pesar de obtener un resultado negativo en una prueba de VIH...</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Una persona aún podría estar infectada con el VIH</li> <li>2. Una persona no podría estar infectada con el VIH</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estoy totalmente seguro/a que mi respuesta es correcta</li> <li>2. Tengo dudas sobre la respuesta que escogí</li> <li>3. Desconozco la respuesta más correcta, tuve que adivinar</li> </ol>
<p>8- ¿Cómo se transmite el VIH/SIDA? <b>SELECCIONE TODAS LAS QUE CONSIDERE CORRECTAS</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con relaciones sexuales sin preservativo</li> <li>2. Al tocar el sudor de una persona</li> <li>3. De una madre a su bebé</li> <li>4. Por la picadura de un mosquito</li> <li>5. A través de la sangre</li> <li>6. Al besar a una persona</li> <li>7. En el sexo oral desprotegido</li> <li>8. Bañarse con la misma agua que una persona VIH positiva</li> <li>9. Compartir agujas</li> <li>10. Recibir una transfusión de sangre que no ha sido probada para detectar el VIH</li> <li>11. Compartir cubiertos con una persona VIH positiva</li> <li>12. Compartir navajas de rasurar que no hayan sido desinfectadas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estoy totalmente seguro/a que mi respuesta es correcta</li> <li>2. Tengo dudas sobre la respuesta que escogí</li> <li>3. Desconozco la respuesta más correcta, tuve que adivinar</li> </ol>
<p>9- ¿Existe un tratamiento contra el VIH/SIDA?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sí, hay un tratamiento que lo cura</li> <li>2. Sí, hay un tratamiento para controlar la enfermedad</li> <li>3. No, no existe ningún tratamiento</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estoy totalmente seguro/a que mi respuesta es correcta</li> <li>2. Tengo dudas sobre la respuesta que escogí</li> <li>3. Desconozco la respuesta más correcta, tuve que adivinar</li> </ol>

## SECCION D

En esta sección usted encontrará una serie de afirmaciones que se refieren a formas diferentes de pensar y sentir. Lea cuidadosamente cada una de ellas, y luego indique para cada una, si usted está:

1. Totalmente de acuerdo
2. Algo de acuerdo
3. Algo en desacuerdo
4. Totalmente en desacuerdo

No existen respuestas correctas o incorrectas, cada persona tiene sus propios puntos de vista, lo que interesa aquí es que usted manifieste lo que piensa y siente.

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1- Ninguna escuela o colegio debería discriminar a un estudiante por tener VIH/SIDA	1	2	3	4
2- Me sentiría muy triste si a un compañero/a lo expulsaran por tener VIH/SIDA	1	2	3	4
3- Es importante usar el condón, aunque no existan posibilidades de embarazo	1	2	3	4
4- Una persona con VIH/SIDA es siempre un homosexual	1	2	3	4
5- No puedo imaginarme a un/a amigo/a con VIH/SIDA	1	2	3	4
6- Si se lava bien, el condón puede volver a usarse	1	2	3	4
7- Un condón guardado en la billetera puede durar cerca de un año	1	2	3	4
8- A una persona con VIH/SIDA yo no le daría ni la mano	1	2	3	4
9- Ninguna mujer decente tiene el VIH/SIDA	1	2	3	4
10- Una persona con VIH/SIDA es un peligro público	1	2	3	4
11- Los colegios no deberían aceptar a una persona con VIH/SIDA	1	2	3	4
12- Una persona con VIH/SIDA necesita de nuestro apoyo y comprensión	1	2	3	4
13- El preservativo reduce el placer del sexo	1	2	3	4
14- El VIH/SIDA es culpa de tanto homosexual que hay ahora	1	2	3	4
15- Los condones, aunque estén en buen estado, pueden dejar pasar el VIH por sus poros	1	2	3	4
16- Pienso que para las mujeres es más fácil ser fieles	1	2	3	4
17- Solo las personas infieles se preocupan de exigir el condón	1	2	3	4
18- No aceptaría a una persona con VIH/SIDA ni como vecino	1	2	3	4
19- Aunque yo me porte bien, mi pareja podría transmitirme el VIH	1	2	3	4

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
20- El País debe velar por la calidad de vida de las personas que viven con el VIH/SIDA	1	2	3	4
21- Usar preservativo es como bañarse con capa	1	2	3	4
22- Una mujer VIH positiva tiene derecho a embarazarse	1	2	3	4
23- Debe permitirse a una/un maestra/o VIH positivo dar clases	1	2	3	4
24- La mayoría de la gente que vive con VIH/SIDA se infectó debido a comportamientos irresponsables	1	2	3	4
25- Estaría dispuesta/o a cuidar en mi casa a un miembro de mi familia que estuviera enfermo de SIDA	1	2	3	4
26- Si yo estuviera infectada/o con el VIH y le informara a mi pareja acerca de mi estatus, ella/él me dejaría	1	2	3	4
27- Me sentiría cómoda/o compartiendo el baño con una persona que sé que es VIH positivo	1	2	3	4
28- Si me enterara de que una/un vendedor de comida o vegetales viviera con VIH, me sentiría cómoda/o comprándole	1	2	3	4
29- El SIDA es un castigo de Dios por la inmoralidad	1	2	3	4

### SECCION E

A continuación se plantean algunas preguntas sobre su experiencia sexual. Recuerde que el cuestionario es anónimo, por lo tanto sienta la confianza de responder con absoluta sinceridad a cada pregunta.

1- ¿Alguna vez ha visto un preservativo (condón)?	1- ( ) Sí	2- ( ) No
2- ¿Sabe cómo debe utilizarse el preservativo?	1- ( ) Sí	2- ( ) No
3- ¿Sabe cómo puede conseguir usted un preservativo?	1- ( ) Sí	2- ( ) No

### SECCION F

1- ¿Ha tenido relaciones sexuales?	1- ( ) Sí    2- ( ) No → SI CONTESTA "NO" PASE A LA SECCION G
2- Del total de veces que usted ha tenido relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia lo ha hecho utilizando el preservativo?	a. Todas las veces (el 100% de las veces) b. La gran mayoría de las veces (75% o más) c. Pocas veces (entre 25 y 75% de las veces) d. Nunca o casi nunca (Menos de 25%)
3- La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿utilizó el condón?	a. Sí b. No
4- Qué método utilizas más para protegerte del VIH/SIDA?	a. Fidelidad b. Preservativo c. Fidelidad y preservativo d. No tener relaciones sexuales e. No me protejo del VIH/SIDA

5- Si te enteraras de que estás infectado, ¿hablarías con...?	a. Tus padres b. Tus amigos c. La(s) persona(s) con la(s) que tienes relaciones sexuales d. Tu profesora/or e. Otro: _____ f. No hablaría con nadie
6- Si piensas que has contraído el VIH/SIDA, ¿qué harías?	a. Prefiero no saberlo b. Me haría un análisis del VIH
7- Desde la primera vez, ¿con cuántas personas en total has tenido relaciones sexuales?	a. Solamente una persona b. Dos o más personas
8- ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual con penetración?	a. ____ años en edad b. No recuerdo c. No respondo
9- ¿Tuviste relaciones sexuales la primera vez por tu propio deseo, porque tu pareja te convenció, tu pareja te obligó o fuiste forzado(a) por alguien más?	a. Propio deseo b. Pareja lo(a) convenció c. Pareja lo(a) obligó d. Forzado(a) por alguien más e. No responde
10- ¿Utilizaste (o tu pareja utilizó) un condón la primera vez que tuviste relaciones sexuales?	a. Sí b. No c. No sabe d. No responde
11- ¿Has tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?	a. Sí b. No c. No responde
12- En los últimos doce meses, ¿cuántas parejas sexuales has tenido?	a. ____ b. No sabe c. No responde

## SECCION G

A continuación se le presentan una lista de métodos anticonceptivos. Por favor indique si además de ser anticonceptivos (es decir, que previenen el embarazo), también previenen infecciones de transmisión sexual (ITS). En caso de que no conozca o no haya escuchado de ellos, por favor indíquelo en la última columna.

	¿Previene las ITS?		No sé qué es
	1. Sí	2. No	
1. Condón masculino	1. Sí	2. No	3.
2. Condón femenino	1. Sí	2. No	3.
3. Pastillas	1. Sí	2. No	3.
5. Coito interrumpido	1. Sí	2. No	3.
6. Inyectables	1. Sí	2. No	3.
7. Pastilla del día después (emergencia)	1. Sí	2. No	3.
8. Método del Moco Cervical (Ritmo)	1. Sí	2. No	3.
9. Vasectomía	1. Sí	2. No	3.
10. Ligadura de trompas	1. Sí	2. No	3.
11. Diafragma	1. Sí	2. No	3.
12. Espermaticidas	1. Sí	2. No	3.
13. Dispositivo intrauterino (SIU / DIU)	1. Sí	2. No	3.

## SECCION H

Cuando tiene una duda sobre sexualidad ¿a quién recurre? A continuación se indican una serie de fuentes donde es posible obtener información sobre sexualidad. Por favor, indique según su experiencia, si las ha utilizado, y qué tan útil le parece la información que puede encontrar en cada una.

	¿Lo ha utilizado?		Nivel de utilidad		
			Útil	Más o menos útil	Inútil
1. Páginas web	1- Sí	2- No	1	2	3
2. Grupo de jóvenes	1- Sí	2- No	1	2	3
3. Chat	1- Sí	2- No	1	2	3
4. YouTube	1- Sí	2- No	1	2	3
5. Facebook	1- Sí	2- No	1	2	3
6. Colegio	1- Sí	2- No	1	2	3
7. Pareja	1- Sí	2- No	1	2	3
8. Amigos/as	1- Sí	2- No	1	2	3
9. Madre	1- Sí	2- No	1	2	3
10. Hermanos	1- Sí	2- No	1	2	3
11. Hermanas	1- Sí	2- No	1	2	3
12. Padre	1- Sí	2- No	1	2	3
13. Páginas web científicas	1- Sí	2- No	1	2	3
14. Pornografía	1- Sí	2- No	1	2	3
15. Revistas de entretenimiento	1- Sí	2- No	1	2	3
16. Libros	1- Sí	2- No	1	2	3
17. Escuela	1- Sí	2- No	1	2	3
18. Iglesia	1- Sí	2- No	1	2	3
19. Vecinos/as	1- Sí	2- No	1	2	3

## SECCION I

1- Indique cuál es su sexo:                    1- ( ) Hombre                    2- ( ) Mujer    2-( )

2- ¿Cuál es su edad? \_\_\_\_\_ años

2- ¿Cuál es el nivel de estudios de sus padres?

**Padre:**            1. Primaria                    2. Secundaria                    3. Técnica                    4. Universitaria  
**Madre:**            1. Primaria                    2. Secundaria                    3. Técnica                    4. Universitaria

→ PARA GARANTIZAR SU ANONIMATO, AL FINALIZAR EL CUESTIONARIO DEPOSÍTELO EN LA CAJA QUE ESTÁ AL FRENTE DE LA SALA.

**Gracias por participar**

### Anexo 3: Guía para grupos focales con estudiantes

Sección	Objetivo	Descripción
<b>Ruptura de hielo. Activación</b>	Introducir el grupo focal	<p>El correo: se forma un círculo con todas las sillas, una para cada participante. La facilitadora está de pie en medio del círculo. Esta dice, a modo de introducción: Traigo una carta para aquellas personas que saben por qué están aquí. Todas personas que saben por qué están allí cambian de lugar (deben saberlo pues se les ha solicitado consentimiento de previo).</p> <p>Esto se hará varias veces y la facilitadora también participa de la dinámica. La persona que queda sin lugar la primera vez pasa al centro y menciona otra característica. Así sucesivamente con características que la persona en el centro vaya inventando.</p>
<b>Descripción de mi pareja ideal.</b>	Indagar vivencias sobre sexualidad	<p>Preguntas generadoras</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tienen o no pareja?</li> <li>• ¿Cómo han sido sus relaciones de pareja?</li> <li>• ¿Cómo sería su relación ideal</li> <li>• ¿Qué la vuelve ideal?</li> <li>• ¿Pareja es igual a sexo?</li> <li>• En el caso de que se diera contacto sexual, ¿bajo qué condiciones sería?</li> </ul>
<b>Protección de la salud sexual</b>	Explorar conocimientos sobre métodos de protección en salud sexual	<p>La facilitadora muestra imágenes de diferentes dispositivos de protección sexual (pastillas anticonceptivos, preservativos femenino y masculino, diafragma, anillo, inyección, esponjas...). Para cada uno se hacen las siguientes</p>

preguntas:

- ¿Es conocido?
- ¿Cómo se llama?
- ¿Para qué sirve?
- ¿Protege contra ITS?
- ¿Protege contra embarazo?
- ¿Qué otra forma de protección conozco además de las mostradas?

**Qué pasaría si...** Indagar actitudes hacia el VIH/SIDA.

La facilitadora invita a imaginar una situación hipotética.

Pensemos en una persona cualquiera, un(a) estudiante de colegio cualquiera que se encuentre en esta situación y:

- Se da cuenta de que una persona conocida del barrio porta el VIH/SIDA.
- Se cuenta de que mi amigo (a) cercano(a) porta el VIH/SIDA.
- Se da cuenta de que su ex pareja porta el VIH/SIDA.
- Se da cuenta de que él/ella porta el VIH/SIDA.

**Fuentes de información** Explorar las fuentes en las cuales el estudiantado busca informarse sobre sexualidad.

¿Dónde me puedo informar sobre sexualidad?  
¿Dónde no me debería informar?



## Anexo 4: Guía de entrevista semiestructurada para docentes y orientadoras/es

Objetivo	Variable/ Categoría	Operacionalización
<b>Introducir entrevista</b>	Experiencia docente.  Relación con estudiantes	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa su experiencia docente en general y específicamente en este colegio.</li> <li>2. ¿Cómo describiría su labor como docente/orientador(a)?</li> <li>3. ¿Qué tan cercana considera su relación los estudiantes de noveno y décimo año?</li> </ol>
<b>Comprender las vivencias en relación con la educación sexual de estudiantes de décimo año pertenecientes a colegios de Cartago para analizar la información asociada a los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre VIH/SIDA.</b>	Vivencias Educación Conocimientos Actitudes Prácticas	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. ¿Cuál es su opinión general con respecto al Programa de Afectividad y Sexualidad del MEP?</li> <li>5. ¿Cuál considera que han sido las principales FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas) para su implementación?</li> <li>6. ¿Ha mejorado el nivel de conocimientos del estudiantado sobre sexualidad?</li> <li>7. ¿El programa ha tenido algún impacto en la forma en que los adolescentes viven su sexualidad?</li> </ol>
<b>Desarrollar una propuesta de educación para la salud sexual con énfasis en VIH/SIDA con estudiantes de décimo año</b>	Salud sexual VIH/SIDA Vivencias Responsabilidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. ¿Qué es para usted Sexualidad?</li> <li>9. Más allá del Programa de Sexualidad llevado a cabo por el MEP. De acuerdo a su experiencia, ¿qué me puede decir acerca de la vivencia cotidiana de la sexualidad en los(as) estudiantes?</li> <li>10. ¿Qué tan informados se encuentran los estudiantes acerca de tópicos fundamentales de</li> </ol>

<p><b>pertenecientes a colegios de Cartago, para la promoción de la responsabilidad en la vivencia de su sexualidad</b></p>	<p>su sexualidad?</p> <p>11. ¿Conocen lo suficiente sobre salud sexual y VIH/SIDA?</p> <p>12. ¿Cuáles son las actitudes que observa en el estudiantado sobre la responsabilidad en la vivencia de la sexualidad?</p> <p>13. ¿Ha percibido prácticas de riesgo entre los y las estudiantes?</p> <p>14. ¿La educación en sexualidad es un elemento protector o por el contrario, vulnerabilizante en cuanto a la vivencia de la sexualidad en los adolescentes?</p>
---	---

**Objetivo específico**

<p><b>Comprender las necesidades de educación sexual por medio de la descripción de los conocimientos, actitudes y prácticas asociadas al VIH/SIDA en el estudiantado.</b></p>	<p>Necesidades educativas en sexualidad</p> <p>Conocimientos</p> <p>Actitudes</p> <p>Prácticas</p> <p>VIH/SIDA</p>	<p>15. ¿Cuál es el principal obstáculo para lograr un cambio en las actitudes y prácticas hacia una sexualidad sana y responsable?</p> <p>16. ¿En relación con el VIH/SIDA, qué tanto conocimiento tienen los adolescentes?</p> <p>17. ¿Qué actitudes están presentes en los adolescentes sobre VIH/SIDA?</p> <p>18. Basado en lo ya conversado, ¿qué necesidades y qué debilidades deben ser atendidas a nivel de educación pública?</p>
<p><b>Cerrar entrevista</b></p>	<p>Emergentes adicionales</p>	<p>19. ¿Queda algún tópico que no se haya conversado que usted quiera conversar y que no se haya tomado en cuenta?</p>

---

## Anexo 5: Consentimiento informado para diagnóstico y para talleres

### HOJA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio yo \_\_\_\_\_, autorizo a mi hijo (a) \_\_\_\_\_ a participar en el diagnóstico sobre “Conocimientos, Actitudes y Prácticas asociadas al VIH y SIDA”, a realizarse los días \_\_\_\_\_, en las instalaciones del colegio, coordinado por el Departamento de Salud y Ambiente del Ministerio de Educación Pública.

Firma del padre, madre o responsable: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

---

---

#### Información General de la Actividad

**Objetivo de la Actividad:**

Desarrollar un proceso diagnóstico sobre necesidades educativas en materias de Sexualidad Integral con énfasis en VIH/SIDA.

**Actividades:**

Participación en grupos de discusión y llenado de instrumento sobre Conocimientos, actitudes y prácticas asociadas al VIH/SIDA.

**Lugar:** Instalaciones del colegio

**Fecha**

**Para más información:**

- Responsable: 8683-5297. Gabriela Calderón Trejos. Encargada de la Actividad.
- Supervisor: 8879-4739. Esteban Navarro Díaz.
- Departamento de Salud y Ambiente del Ministerio de Educación Pública. Tel: 2257-8021 ext.2308, con Melissa Ávila, Asesora.

EJECUTA:



## HOJA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio yo \_\_\_\_\_, autorizo a mi hijo (a) \_\_\_\_\_ a participar en el Taller de Sexualidad integral con énfasis en VIH/SIDA, a realizarse los días \_\_\_\_\_, en las instalaciones del colegio, coordinado por el Departamento de Salud y Ambiente del Ministerio de Educación Pública.

Firma del padre, madre o responsable: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

---

---

### Información General de la Actividad

**Objetivo de la Actividad:**

Desarrollar un proceso de capacitación para adolescentes en materia de Sexualidad Integral con énfasis en el VIH/SIDA.

**Lugar:** Instalaciones del colegio

**Fecha**

**Para más información:**

- Responsable: 8683-5297. Gabriela Calderón Trejos. Encargada de la Actividad.
- Supervisor: 8879-4739. Esteban Navarro Díaz.
- Departamento de Salud y Ambiente del Ministerio de Educación Pública. Tel: 2257-8021 ext.2308, con Melissa Ávila, Asesora.

## Anexo 6: Planificación de las sesiones

### 1- Eje Sexualidad integral

Objetivo	Contenido	Descripción	Materiales	Tiempo
<b>Organizar el funcionamiento de la dinámica de las sesiones.</b>	Confidencialidad. Respeto. Participación.	<b>Introducción</b> Explicar la dinámica de los talleres y las reglas asociadas a la participación en los mismos. Los/as estudiantes reciben un volante en el cual se indica los objetivos de los talleres, las temáticas, en qué consisten y la logística asociada. Durante la primera sesión el estudiantado llenará pequeño cuestionario con el fin de evaluar aquellos ejes sobre los cuales giran los talleres, de manera que permita valorar el cambio esperado con los mismos.	Brochure con información sobre los talleres.  Cuestionario valorativo inicial.	15 minutos
<b>Propiciar un ambiente apto para el intercambio grupal que sirva de base para el impacto esperado.</b>	Conocimiento del grupo por parte de la facilitadora.	<b>Cohesión grupal y caldeamiento</b> Canasta revuelta Los/as participantes se colocan sentados en círculo y la facilitadora en el centro. Quienes estén a la derecha de cada participante serán piñas y quienes estén a la izquierda serán mangos. Todos deben saber el nombre del compañero/a que está al lado. En el momento en que la facilitadora señale a cualquiera diciéndole ¡Piñal, éste debe responder el nombre de quien esté a su derecha. Si le dice: ¡Mango!, debe decir el nombre de quien tiene a su izquierda. Si se equivoca o tarda más de 3 segundos en responder, pasa al centro y la facilitadora ocupa su puesto. En el momento en que se diga: ¡Canasta revuelta! Todos deben cambiar de puesto. Quien esté en el centro debe aprovechar esto para ocupar un sitio en el círculo y dejar a otra persona en el centro. Al final se reparten gafetes para que cada participante apunte su nombre y se lo coloque en un lugar visible. Deberá usarse todas las sesiones.	Gafetes.	20 minutos
<b>Examinar el concepto de</b>	Promoción de la espontaneidad.	<b>Ejercicio principal</b> Entrevista con una extraterrestre	Diadema con antenas	20 minutos

<b>sexualidad hasta consensuar una definición.</b>	<p>Vencimiento de las resistencias.</p> <p>La sexualidad, como concepto pluridimensional.</p>	<p>Utilizando una diadema con antenas, la facilitadora encarna a un extraterrestre que no sabe nada sobre los seres humanos. Teniendo esto en cuenta, la extraterrestre guiará las preguntas hacia el grupo con el fin de que intenten explicar la sexualidad en distintas facetas: sociales, biológicas, afectivas, eróticas. Las preguntas de la extraterrestre se van construyendo de acuerdo con la dinámica y la facilitadora se asegurará de incluir elementos relacionados con los componentes de la sexualidad integral: erótico, afectivo, reproductivo y social. La entrevista puede incluir pero no limitarse a: ¿qué es sexo?, ¿cuántos sexos hay?, ¿qué es el contacto sexual?, ¿quiénes tienen contacto sexual?, ¿cómo?, ¿qué es un hombre?, ¿qué es una mujer?...</p> <p>¿Qué es la sexualidad?</p> <p>Con base en el ejercicio anterior se formula colectivamente una definición de sexualidad a partir de una lluvia de ideas que se plasma en un collage.</p>	<p>Revistas para el Collage. Goma. Tijeras. Papel periódico.</p>	<p>10 minutos</p>
<b>Integrar la vivencia de la sesión</b>	<p>Construcción grupal</p>	<p><b>Integración de la vivencia y conclusiones</b></p> <p>A partir de las preguntas generadoras: ¿de qué me doy cuenta? ¿Qué me llevo de aquí? el grupo reflexiona sobre los aprendizajes del día.</p>		<p>10 minutos</p>
<b>Resolver dudas específicas sobre sexualidad</b>	<p>Inquietudes del estudiantado</p>	<p><b>Cierre y encadenamiento con la próxima sesión</b></p> <p>Buzón de Preguntas</p> <p>Se llevará a cabo al final de las tres primeras sesiones con el fin de abordar preguntas específicas sobre el tema de sexualidad. El estudiantado coloca anónimamente preguntas personales y/o que surjan de la dinámica alrededor del tema de la sexualidad, con el fin de que sean retomadas en la próxima sesión.</p>	<p>Buzón. Papeles. Bolígrafos.</p>	<p>5 minutos</p>

## 2- Eje cognitivo

Objetivo	Contenido	Descripción	Materiales	Tiempo
<b>Resolver dudas específicas sobre sexualidad</b>		<p><b>Introducción</b></p> <p>Buzón de Preguntas</p> <p>Se abordarán las preguntas derivadas de la sesión anterior, en la cual el estudiantado ha colocado anónimamente preguntas personales y/o que surjan de la dinámica alrededor del tema de la sexualidad, con el fin de que sean retomadas.</p>	<p>Buzón.</p> <p>Papeles.</p>	<p>10 minutos</p>
<b>Sensibilizar sobre las formas de transmisión del VIH</b>	Transmisión del VIH	<p><b>Caldeamiento</b></p> <p>Historia con una bola</p> <p>La facilitadora, con una bola o un peluche pequeño en la mano, comienza a contar una historia e insta a los/as participantes a que la continúen uno por uno. La historia empezará con un personaje hipotético que tiene una pregunta sobre cómo se trasmite el VIH, tiene una edad parecida a los/estudiantes y vive en la comunidad cercana. Inmediatamente le pasa la bola o peluche a otro/a participante para que continúe. Poco a poco se construye una historia colectiva que no sólo funciona como elemento proyectivo sobre la temática de la sesión, sino también para favorecer la espontaneidad y vencer resistencias. Se harán dos historias, una con un hombre y otra con una mujer.</p>	Bola/peluche	20 minutos
<b>Examinar los conocimientos sobre transmisión del VIH y prácticas seguras</b>	Transmisión de VIH. Prácticas seguras.	<p><b>Ejercicio principal</b></p> <p>Semáforo</p> <p>Los/as estudiantes forman cuartetos. Cada una tiene un tablero con semáforo que se coloca en el piso. El círculo verde significa “NO puede transmitir”, el círculo rojo significa “SÍ puede transmitir”, y el amarillo corresponde a “no sé” o “dudoso”. Se reparten la totalidad de las tarjetas con prácticas entre los participantes y se les pide que piensen si el VIH puede o no transmitirse a través de esas prácticas (entre estas se encuentra: besos en la boca, contacto sexual utilizando</p>	<p>Tablero con semáforo.</p> <p>Tarjetas con prácticas.</p>	35 minutos

pastillas anticonceptivas, relaciones sexuales ocasionales, compartir comida, etc.).

Los subgrupos miran las tarjetas, discuten entre sí y las colocan en el círculo rojo, en el verde o en el amarillo. Cada subgrupo tendrá tarjetas diferentes.

Cuando todos hayan terminado, grupalmente se analiza cada semáforo, discutiendo las actividades colocadas en los círculos rojo y verde y revisando si colectivamente si está correcta. Además se discuten en conjunto las actividades que se hayan puesto en el círculo amarillo para ubicarla en el círculo correcto.

Si durante esta discusión, para confirmar la ubicación de las tarjetas, los/as participantes expresan la posibilidad de convertir prácticas inseguras en seguras, mediante el uso de algún elemento de protección (preservativos, por ejemplo), se evalúa en grupo la ubicación de todas las tarjetas tomando en cuenta esta nueva situación. Si esta inquietud no es abordada por el grupo entonces la facilitadora la trae a colación para que forme parte de la discusión.

<p><b>Reflexionar sobre la forma de discriminar prácticas sexuales seguras de inseguras</b></p>	<p>Construcción grupal</p>	<p><b>Integración de la vivencia y conclusiones</b> Reflexión A partir de la actividad anterior, se repasan las conclusiones a las que se llegaron, haciendo hincapié en las vías de transmisión del VIH y en las prácticas seguras.</p>	<p>10 minutos</p>
<p><b>Resolver dudas específicas sobre sexualidad</b></p>	<p>Inquietudes del estudiantado</p>	<p><b>Cierre y encadenamiento con la próxima sesión</b> Buzón de Preguntas El estudiantado coloca anónimamente preguntas personales y/o que surjan de la dinámica alrededor del tema de la sexualidad, con el fin de que sean retomadas en la próxima sesión.</p>	<p>Buzón. Papeles. Bolígrafos. 5 minutos</p>



### 3- Eje actitudinal

Objetivo	Contenidos	Descripción	Materiales	Tiempo
<b>Resolver dudas específicas sobre sexualidad</b>	Inquietudes del estudiantado	<p><b>Introducción</b></p> <p>Buzón de Preguntas</p> <p>Se abordarán las preguntas derivadas de la sesión anterior, en la cual el estudiantado ha colocado anónimamente preguntas personales y/o que surjan de la dinámica alrededor del tema de la sexualidad, con el fin de que sean retomadas</p>	Buzón. Papeles.	10 minutos
<b>Llevar hacia adentro la valoración social que reciben muchas personas que viven con VIH</b>	Valoración social de las personas portadoras de VIH.	<p><b>Caldeamiento</b></p> <p>“Si de repente”</p> <p>La facilitadora reparte a cada persona del grupo una tarjeta y una gacilla.</p> <p>A continuación se pide que escriban en esa tarjeta la palabra que a su juicio define mejor la reacción que nuestra sociedad tiene ante las personas que viven con VIH. A medida que los/as estudiantes tengan escritas sus tarjetas, las entregarán a la facilitadora quien las meterá en una caja, las mezclará y las irá pasando para que cada uno tome una y la lea y después se la coloque con el alfiler en un lugar visible.</p> <p>Participando grupalmente, se pedirá a los/las participantes que imagine que es una persona portadora de VIH y que la gente de su alrededor (familia, amigos, compañeros/as...) le están demostrando la reacción que aparece en su tarjeta ¿cómo se sentiría?</p>	Gacillas. Tarjetas.	20 minutos
<b>Discutir algunas disposiciones sociales en cuanto al uso del preservativo y la interacción con personas</b>	Actitudes positivas hacia el preservativo. Actitudes positivas hacia las personas	<p><b>Ejercicio principal</b></p> <p>La discusión</p> <p>Se forman tres subgrupos. Tomando como base las afirmaciones referentes a actitudes hacia las personas que viven con VIH y hacia el preservativo que se valoraron en el instrumento</p>		40 minutos

<b>que viven con VIH</b>	que viven con VIH.	cuantitativo y que tuvieron respuestas poco contundentes (posiciones muy variadas entre el estudiantado), se reparten papeles con las afirmaciones entre los grupos y se les insta a que discutan cada una (algunas afirmaciones son: usar preservativo es como bañarse con capa, la mayoría de la gente que vive con VIH se infectó debido a comportamientos irresponsables, me sentiría cómodo/a compartiendo el baño con una persona que sé que es VIH positiva, entre otras... ). Las afirmaciones se van rotando entre los grupos para que todos puedan debatir sobre cada una. La facilitadora insta a abordar puntos de vista reflexivos y respetuosos sobre cada frase y a proveer retroalimentación constante durante la discusión de cada grupo y sus posiciones. Finalmente, al leer una por una las afirmaciones, el grupo participa dando sus aportes.		
<b>Integral la vivencia de la sesión</b>	Construcción grupal	<b>Integración de la vivencia y conclusiones</b> Reflexión Inmediatamente luego de concluir el ejercicio anterior, la facilitadora pide a los/as participantes que expresen, en una palabra o frase corta qué sienten después de haber sido parte de la sesión.		5 minutos
<b>Resolver dudas específicas sobre sexualidad</b>	Inquietudes del estudiantado	<b>Cierre y encadenamiento con la próxima sesión</b> Buzón de Preguntas El estudiantado coloca anónimamente preguntas personales y/o que surjan de la dinámica alrededor del tema de la sexualidad, con el fin de que sean retomadas en la próxima sesión.	Buzón. Papeles. Bolígrafos.	5 minutos

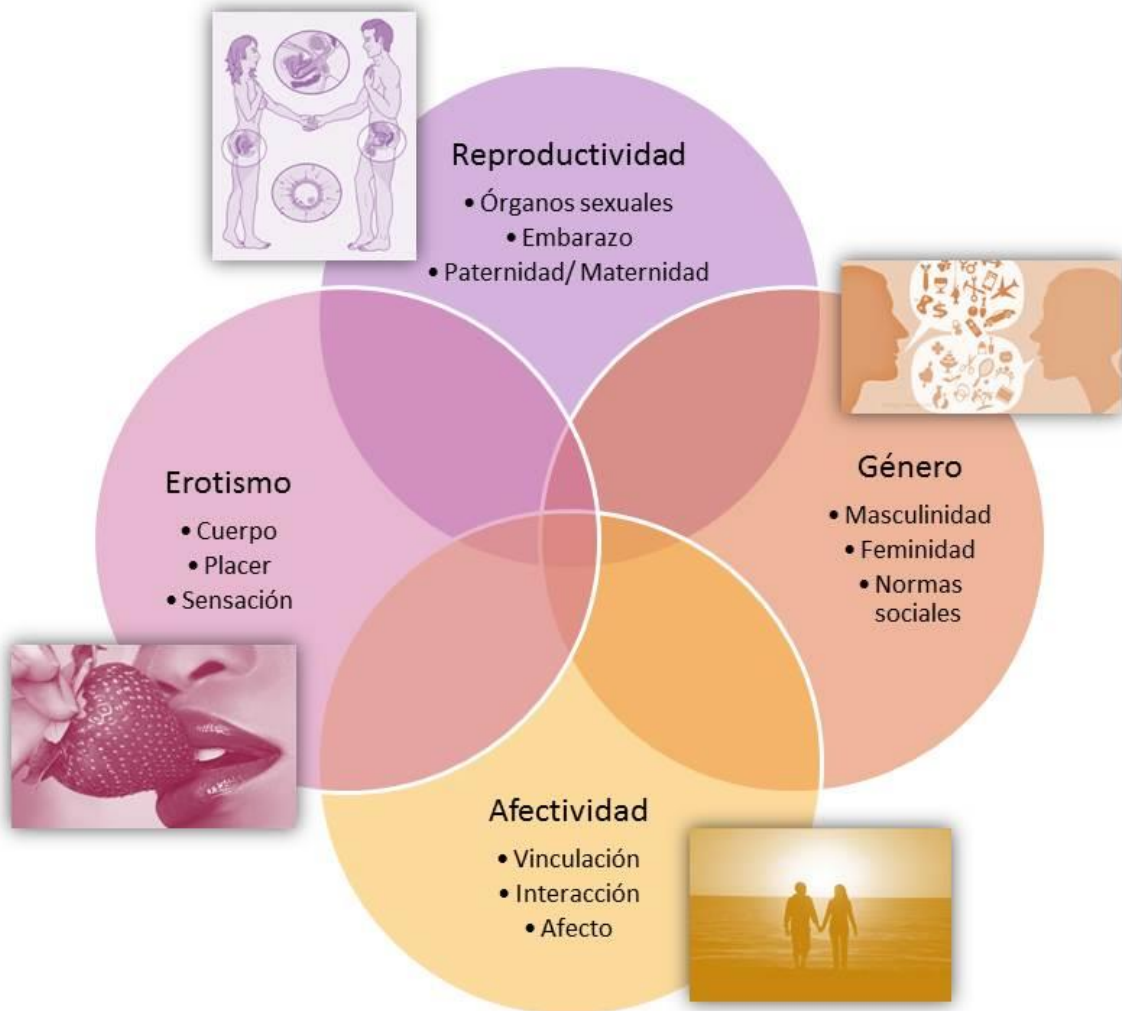
#### 4- Eje pragmático

Objetivo	Contenidos	Descripción	Materiales	Tiempo
<b>Resolver dudas específicas sobre sexualidad</b>		<p><b>Introducción</b></p> <p>Buzón de Preguntas</p> <p>Se abordarán las preguntas derivadas de la sesión anterior, en la cual el estudiantado ha colocado anónimamente preguntas personales y/o que surjan de la dinámica alrededor del tema de la sexualidad, con el fin de que sean retomadas. Por ser la última sesión se le otorga más tiempo.</p>	<p>Buzón.</p> <p>Papeles.</p>	<p>15 minutos</p>
<b>Sensibilizar en cuanto al uso del preservativo en el contacto sexual</b>	Distintos usos del preservativo.	<p><b>Caldeamiento</b></p> <p>Alternativas</p> <p>Los/as estudiantes se organizan en grupos no mayores a cinco personas cada uno. La facilitadora reparte preservativos masculinos en los grupos y se les pide que indiquen maneras de usarlo sin que sea únicamente para ponerlo en el pene. ¿Cómo se puede usar para el contacto sexual de una manera diferente?</p> <p>A partir de la elaboración se discute el uso del preservativo para el contacto sexual oral tanto para hombres como para mujeres. Es deseable que el estudiantado lo traiga a la discusión pero de no ser así la facilitadora lo incluirá en la elaboración grupal.</p>	Preservativos.	10 minutos
<b>Ejemplificar técnica en el uso del preservativo masculino.</b>	Pasos y uso adecuado del preservativo	<p><b>Ejercicio principal</b></p> <p>Técnica para la colocación del preservativo</p> <p>Organizados en grupos, a cada uno se les da unos papeles desordenados con los pasos que han de seguir para colocar correctamente un preservativo con el objetivo de que los grupos los ordenen de forma adecuada (excitación, pene en erección, abrir el envoltorio, colocar el preservativo, penetración, eyaculación, retirar el pene, pérdida de la erección, quitar el preservativo, tirarlo a la basura). Los preservativos repartidos en el caldeamiento pueden ser</p>	<p>Hojas sobre la colocación del preservativo.</p>	<p>20 minutos</p>
<b>Promover el uso de fuentes confiables de información sobre sexualidad</b>			<p>Proyector.</p> <p>Computadora.</p>	<p>15 minutos</p>

		<p>usados para discutir sobre su uso y apoyar didáctica. Se discute grupalmente el orden establecido y la conveniencia del mismo.</p> <p>La búsqueda</p> <p>La facilitadora pide que se imaginen a un/a estudiante cualquiera que tiene una duda sobre sexualidad y se dirige a internet para responderla. Con el fin de favorecer el encadenamiento de actividades se puede utilizar el ejemplo del uso del preservativo pero queda a discreción del grupo la elección de la situación hipotética. El grupo responde ante preguntas generadoras: ¿Cuál creen que sería la duda que tiene esta persona?, ¿Cómo la escribiría en el buscador? En la computadora, la facilitadora recrea la búsqueda y juntos observan en el proyector la primera página de resultados. La facilitadora propicia una discusión en relación a cómo distinguir resultados confiables dependiendo del tipo de página y las fuentes de dónde se extrae la información.</p>		
<b>Elaborar una síntesis de aprendizajes</b>	Construcción grupal	<p><b>Integración de la vivencia y conclusiones</b></p> <p>Escultura</p> <p>En grupos y en un par de minutos, los/as participantes preparan una escena congelada que exprese lo que les pareció el taller, o que refleje algo de lo trabajado en las sesiones.</p> <p>Cada grupo muestra la escultura que pensó y armó. Se facilita un intercambio donde los demás grupos expresan lo que ven, preguntar o enunciar alguna sensación que aparezca y, quienes muestran su escultura, responden y hacen comentarios. La facilitadora hace una devolución, relacionándolo con lo trabajado durante los talleres.</p>		10 minutos
<b>Evaluar el impacto de los talleres</b>	Valoración post test	<p><b>Evaluación</b></p> <p>Se retoma el instrumento utilizado en la primera sesión, con el fin de evaluar aquellos ejes sobre los cuales giran los talleres y valorar el cambio esperado.</p>	Cuestionario valorativo final	10 minutos

## Anexo 7: Resúmenes de las sesiones entregados al estudiantado

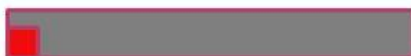
# Sexualidad Humana



Los cuatro componentes de la sexualidad humana se relacionan entre sí y permiten entender que la sexualidad no se vive únicamente en el plano corporal, sino que se manifiesta en todos esos niveles. Conocernos como personas nos permite equilibrar todas partes de nuestra sexualidad para vivirla sanamente.

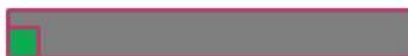
# Transmisión del VIH

## Riesgo



- Penetración vaginal utilizando pastillas anticonceptivas
- Relaciones sexuales ocasionales
- Contacto sexual anal
- Contacto sexual vaginal
- Contacto sexual oral
- Amamantar
- Embarazo
- Penetración vaginal sin eyaculación
- Contacto sexual entre hombres
- Contacto sexual entre mujeres
- Contacto sexual entre un hombre y una mujer
- Recibir una transfusión de sangre
- Tener contacto sexual por primera vez

## Bajo o nulo riesgo



- Besos en la boca
- Abrazos
- Compartir comida
- Bañarse junto a otras personas
- Compartir vasos y/o cubiertos
- Ir al dentista
- Jugar fútbol
- Tatuarse
- Compartir maquillaje



El VIH tiene baja probabilidad de transmitirse por contacto oral, aunque es teóricamente posible bajo ciertas condiciones (como tener llagas en la boca). Otras infecciones que se pueden transmitir por este medio, así como por contacto anal o vaginal, son: herpes, clamidia, gonorrea, hepatitis B, virus del papiloma humano, sífilis, entre otras. El contagio del VIH de mujer a mujer es aparentemente raro, aun así, debe considerarse el contacto sexual femenino como un medio posible de transmisión. En el caso de amamantar, si la madre es portadora del virus, puede potencialmente transmitirlo a su bebé. Para el contacto sexual en general, el riesgo disminuye cuando se usa el preservativo o la barrera de látex para prevenir la transmisión.

# ¿Cómo miro a las personas y a la prevención?



El VIH y otras ITS  
son una realidad  
latente que no  
puedo ignorar



Las personas que viven con  
VIH merecen mi respeto y el  
de las demás personas



No debo vivir con miedo de acercarme a la  
sexualidad debido a sus posibles riesgos pero sí  
debo procurar vivirla con responsabilidad en el  
momento en que me sienta preparado/a para  
que sea una experiencia gozosa.

# Colocación del preservativo masculino



1. Excitación



2. Pene en erección



3. Abrir el envoltorio  
•Sin uñas ni dientes



4. Colocar el preservativo



Sin dejar aire en el interior



Extenderlo hasta la base del pene



5. Penetración



6. Eyacuación



7. Retirar el pene



8. Pérdida de la erección



9. Quitar el preservativo  
•Cuidadosamente para evitar derrames



10. Tirarlo a la basura



## **Anexo 8: Formato de bitácoras de sesiones de intervención**

Centro educativo:

Sesión:

Participantes:

Condiciones de trabajo:

---

**Descripción**

**Observaciones/  
interpretaciones**

--	--

**Notas**

---

## Anexo 9: Cuestionario evaluativo antes y después de los talleres

1. Defina con sus propias palabras ¿en qué consiste la sexualidad?

2. De las siguientes afirmaciones, señale cuáles corresponden con **formas de transmisión de VIH**

<input type="radio"/> Relaciones sexuales coitales sin preservativo.	<input type="radio"/> En el sexo oral desprotegido.
<input type="radio"/> A través de la sangre.	<input type="radio"/> Por la picadura de un mosquito.
<input type="radio"/> Bañarse con la misma agua que una persona infectada con VIH.	<input type="radio"/> Al besar a una persona.
<input type="radio"/> Compartir cubiertos con una persona infectada con VIH.	<input type="radio"/> Recibir una transfusión de sangre que no ha sido probada para detectar VIH.
<input type="radio"/> De una madre a su bebé.	<input type="radio"/> Compartir agujas.

3. Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes situaciones.

	De acuerdo	En desacuerdo
<b>El preservativo reduce el placer del sexo.</b>		
<b>Los condones, aunque estén buenos, pueden dejar pasar el VIH por sus poros.</b>		
<b>Usar preservativo es como bañarse con capa.</b>		
<b>Una mujer VIH positiva tiene derecho a embarazarse.</b>		
<b>La mayoría de la gente que vive con VIH/SIDA se infectó debido a comportamientos irresponsables.</b>		
<b>Me sentiría cómodo/a compartiendo el baño con una persona que sé que es VIH positiva.</b>		
<b>Si me enterara de que un/a vendedor/a de comida o vegetales estuviera viviendo con el VIH, me sentiría cómodo/a comprándole.</b>		

	Sí	No
<b>4. ¿Alguna vez ha visto un preservativo?</b>		
<b>5. ¿Sabe cómo se utiliza?</b>		

6. Imagine que tiene una pregunta sobre sexualidad y realiza una búsqueda en internet. ¿Cómo encuentra información útil? Señale al menos tres criterios o maneras que utilizaría para determinar si determinada información es útil o no.