

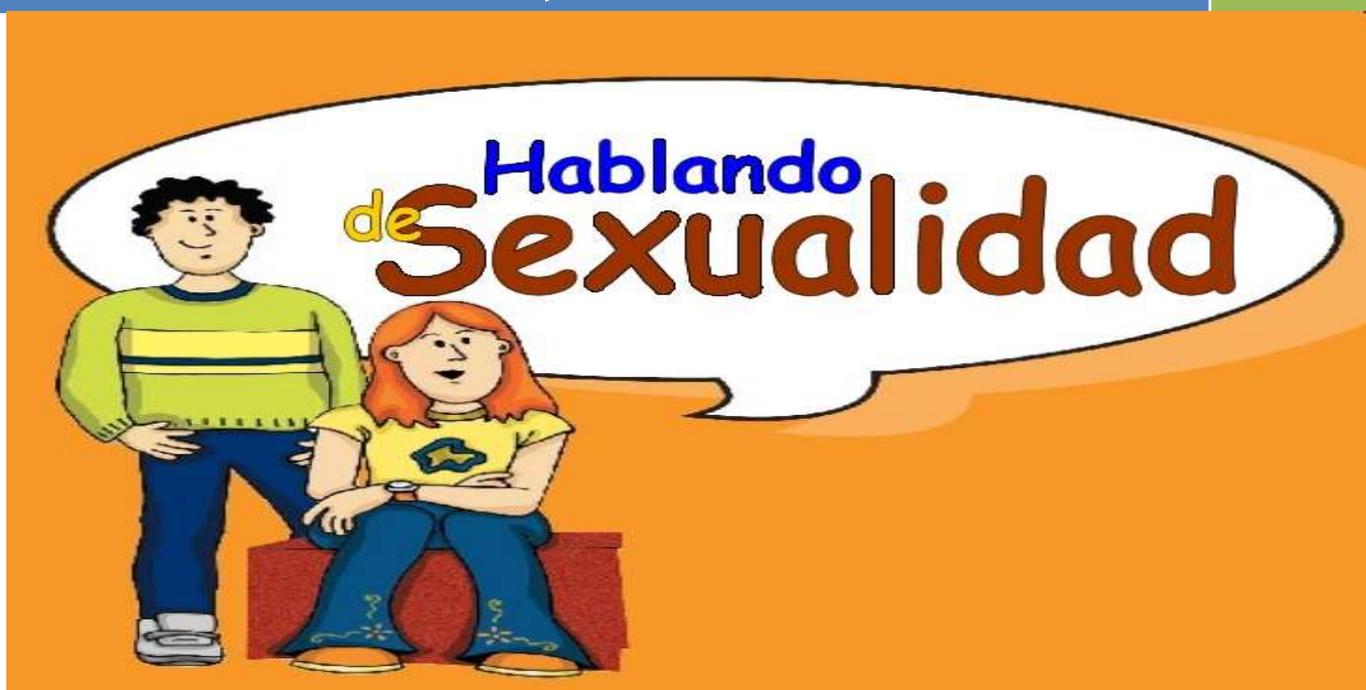
upna

Universidad
Pública de Navarra

Nafarroako

2014

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL
DIRIGIDO A JÓVENES DEL ÁREA DE SALUD DEL CENTRO
DE ATENCIÓN A LA MUJER DE BARAÑAIN



AUTOR: BEATRIZ PALACÍN RIPALDA

DIRECTORA: ROSA GARCÍA-ORELLÁN

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN
INVESTIGACIÓN**

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL DIRIGIDO A JÓVENES DEL ÁREA DE SALUD DEL CENTRO DE ATENCIÓN A LA MUJER DE BARAÑAIN

Memoria del Trabajo Fin de Máster, dirigido por la Doctora Rosa García-Orellán, que presenta Beatriz Palacín Ripalda, como alumna del Máster Universitario en Investigación en Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

Fdo: Beatriz Palacín Ripalda

VºBº de la Directora

Fdo: Rosa García-Orellán

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría expresar mi agradecimiento a mi Directora Rosa García-Orellán, por su total disponibilidad y apoyo prestado a lo largo de la elaboración de este proyecto, especialmente por su continua actitud positiva y motivadora.

RESUMEN

La salud sexual es un estado de bienestar completo. Para que se dé, debe alcanzarse el desarrollo pleno de la sexualidad del individuo. Sin embargo el desarrollo de la sexualidad puede ir asociado a ciertos riesgos. Existen todavía altas tasas de embarazos no deseados en la población joven y se sigue dando un aumento de las enfermedades de transmisión sexual. Esto se podría evitar o al menos disminuir, mediante la adopción de medidas de prevención de riesgos. Para ello se debe fomentar la implantación de Programas de promoción de la Salud Sexual. Este proyecto es un Diseño de un Programa de Educación Sexual dirigido a los jóvenes del área de Salud del Centro de Atención a la Mujer de Barañain.

PALABRAS CLAVE

Educación sexual, Sexualidad, Anticoncepción, Enfermedades de Transmisión Sexual, Adolescentes.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS

3. MATERIALES Y METODOLOGÍA

3.1. BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

3.2. EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE EL TEMA

3.3. MARCO TEÓRICO

3.4. MARCO LEGAL

3.5. CONTEXTO DEL ESTUDIO

3.6. HÁBITOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD

3.7. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

3.8. METODOLOGÍA

4. ANÁLISIS ESTRÁTEGICO

5. PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL

5.1. GRUPO DIANA Y LUGAR DE IMPLANTACIÓN

5.2. CAPTACIÓN

5.3. AGENTES DE SALUD

5.4. RECURSOS

5.5. CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN

5.6. CONTENIDO DEL PROGRAMA

5.7. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

6. JUSTIFICACIÓN ÉTICA

7. CRONOGRAMA DE ELABORACIÓN DEL PROYECTO

8. DISCUSIÓN

9. BIBLIOGRAFÍA

10. ANEXOS

1.INTRODUCCIÓN

Para comprender la realización de este proyecto hay que empezar por comprender que es y qué se entiende por salud sexual.

La OMS define la salud sexual como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad disfunción o debilidad...” (1). Partiendo de esta definición podemos afirmar que la salud sexual comprende el desarrollo de la salud a todos los niveles del individuo. Para que este desarrollo se manifieste, es importante que cada persona pueda disponer de una correcta fuente de educación sexual, la cual ayude al individuo a conseguir ese estado de bienestar consigo mismo y con su entorno.

El concepto de educación sexual engloba un enfoque amplio, no es solo la disminución de embarazos no deseados mediante anticoncepción ni la prevención de Enfermedades de Transmisión sexual, es un concepto mayor, engloba toda la sexualidad del individuo y las relaciones interpersonales.

El derecho a una educación sexual y a la libertad en temas relacionados con la sexualidad viene recogido, entre otros, en la Declaración Universal de los Derechos Sexuales (2).

A pesar de que la sexualidad engloba una visión bio-psicosocial del desarrollo de cada ser humano y que hay que fomentar su desarrollo para conseguir un estado de bienestar, no hay que olvidar que existen actitudes de riesgo relacionadas con ella, las cuales pueden tener consecuencias negativas para la salud del ser humano.

A nivel mundial existen todavía muchos problemas derivados de estas conductas de riesgo. Actualmente según datos de la OMS sigue habiendo 222 millones de personas en el mundo los cuales no disponen o no pueden utilizar, bien por el acceso limitado o por servicios de mala calidad, ningún método de planificación familiar (3) esto hace que existan todavía tasas elevadas de embarazos no deseados, además de seguir aumentando los casos de VIH en el mundo. Se calcula que en 2012 había todavía 35

millones de personas infectadas, siendo este un problema de Salud Pública a nivel mundial (4).

A nivel de otras enfermedades de transmisión sexual la OMS dispone de datos los cuales muestran que cada día 1 millón de personas contrae una ETS, en total unos 500 millones de personas contraen anualmente alguna enfermedad de este tipo. El HPV o virus del papiloma humano afecta a unas 250 millones de personas. La transmisión de este tipo de enfermedades se podría controlar ampliando los programas de prevención y fomentando el uso del preservativo (5).

Para una mejora de la situación y un mayor control de las cifras anteriormente nombradas, la OMS desarrolla pautas y medidas para fomentar la planificación familiar y programas que promuevan y fomenten estrategias de promoción de la salud en materia de sexualidad.

Este proyecto está enfocado a la población joven. Este es un sector que precisa una atención especial, ya que su cuidado mejorará los datos en el futuro. Cada año dan a luz unos 16 millones de adolescentes, este dato es preocupante ya que el riesgo de morbi-mortalidad es mayor en mujeres más jóvenes. En 2009 la población de 15 a 24 años sufrió aproximadamente el 40% de los casos de infecciones nuevas por VIH registrados entre los adultos en todo el mundo (6).

La OMS ha creado un marco importante para la salud de los jóvenes el cual recoge acciones para fomentar los programas de prevención de riesgos relacionados con la sexualidad, dirigidos especialmente a este colectivo (6).

En España también es de gran interés los datos existentes sobre los embarazos no deseados en la población joven, según datos del Informe de Juventud de 2012 todavía existe un 7% del la población joven que tiene un embarazo no deseado, además en Navarra ese porcentaje es mayor, rozando casi el 10% (10,15).

Por otro lado, aunque los casos de SIDA están disminuyendo en la población joven, otro tipo de enfermedades de transmisión sexual (clamidia, gonorrea...) desde el año 2002 están aumentado (12).

En España la Ley Orgánica de 2010 de Salud Sexual y Reproductiva es la encargada de recoger las medidas que se deben llevar a cabo por parte de los diferentes organismos y de cada Comunidad Autónoma, los diferentes Programas de promoción de la salud sexual y reproductiva (16).

Para el fomento de la educación sexual este proyecto recoge el diseño de un Programa de Educación Sexual dirigido a los jóvenes entre 14 y 24 años del área de Salud de Barañain.

Existe numerosa evidencia científica que incluye diversos estudios que recogen la eficacia de este tipo de programas de intervención en la población joven para mejorar sus conocimientos y actitudes en materia de sexualidad (19-32).

Finalmente mencionar que el proyecto que se propone incluye el trato con menores, así que, para su implantación, se contempla la necesidad de que pase por un Comité de Bioética (38).

El motivo de elegir este tema parte de la experiencia como enfermera en los Centros de Atención a la Mujer dependientes del Complejo Hospitalario de Navarra donde se observa la aparición de jóvenes con carencias en educación sexual. Dicho tema es preciso tratarlo desde una visión multidisciplinar.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Mejorar los conocimientos de los adolescentes en materia de sexualidad, mediante un Programa de Educación Sexual dirigido a los jóvenes que acuden a las consultas del Centro de Atención de La Mujer de Barañain.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Informar sobre métodos y opciones anticonceptivas
- Informar sobre las diferentes Enfermedades de Transmisión Sexual, su clínica y cómo prevenirlas
- Fomentar el acceso de los jóvenes al Centro de Atención a la Mujer de Barañain

3. MATERIALES Y **METODOLOGÍA**

3.1. BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

- Para la realización de este proyecto se ha trabajado con las bases de datos Pubmed, Scielo y la BSR donde se ha realizado una búsqueda de la evidencia científica sobre el tema.

- También se ha realizado una revisión de la normativa vigente sobre educación sexual. Las leyes extraídas han sido la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva de España y el Decreto Foral 259/1997.

- Los datos del contexto han sido recogidos en su mayoría de la Organización Mundial de la Salud, así como de los diferentes Informes de Juventud elaborados por el Instituto de la Juventud de España y de Navarra.

- Para la realización del Programa en Educación Sexual se han utilizado principalmente Guías sobre educación sexual obtenidas del propio Centro de Atención a la Mujer, así como manuales sobre sexualidad y anatomía.

- Además se ha utilizado el portal de Google Academic para completar la búsqueda.

El periodo de búsqueda fue de Marzo a Junio de 2014.

3.2. EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE EL TEMA

Para realizar este proyecto se ha hecho una búsqueda de la mejor evidencia disponible en diferentes plataformas de búsqueda y bases de datos. Las plataformas utilizadas han sido principalmente las siguientes:

PUBMED

Es un motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica. Ofrecido por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Tiene alrededor de 4800 revistas publicadas en más de 70 países de todo el mundo desde 1966 hasta la actualidad.

SCIELO

(Scientific Electronic Library Online o Biblioteca Científica Electrónica en Línea) Es una Biblioteca Electrónica en Línea que permite la publicación electrónica de revistas científicas mediante una plataforma de software que posibilita el acceso a través de distintos mecanismos. Participan diferentes países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, España y Venezuela)

BSR

La Biblioteca de Salud Reproductiva (BSR) de la OMS es una revista electrónica de revisiones. La BSR selecciona la mejor evidencia disponible sobre salud sexual y reproductiva de las revisiones sistemáticas Cochrane y la presenta como acciones prácticas para médicos (y formuladores de políticas) con el fin de mejorar los resultados de salud, especialmente en los países en desarrollo.

Las palabras clave utilizadas fueron:

Educación sexual, Sexualidad, Anticoncepción, Enfermedades de Transmisión Sexual, Adolescentes.

Criterios de inclusión: alto nivel de evidencia, revistas de enfermería o con alto nivel de impacto. Idioma español-inglés

A continuación se expone por orden cronológico en formato de bibliografía comentada la selección de los artículos elegidos que avalan la realización de este proyecto:(19-32)

- REVISIONES ESPECÍFICAS: en primer lugar se han seleccionado 3 revisiones sistemáticas específicas sobre el tema, ya que la revisión sistemática presenta un alto grado de evidencia.

Kim N, Stanton B, Li X, Dickersin K, Galbraith J. Efectividad de las 40 intervenciones para la reducción del riesgo del SIDA en adolescentes: revisión cuantitativa. Journal of Adolescent Health 1997; 20(3): 204-215

Revisión sistemática de diferentes estudios de intervención respecto a la transmisión del VIH en adolescentes, la cual pone de manifiesto que dichas intervenciones pueden ser eficaces en cuanto a adoptar mejores actitudes respecto a las prácticas de riesgo relacionadas con la sexualidad.

Yamada J, DiCenso A, Feldman L, Cormillott P, Wade K, Wignall R, Thomas H. Una revisión sistemática de la efectividad de los programas de prevención primaria para prevenir las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. Dundas, ON, Canada: Ontario Ministry of Health, Region of Hamilton-Wentworth, Social and Public Health Services Division. Effective Public Health Practice Project. 1999

Revisión sistemática sobre programas de prevención en educación sexual para prevenir enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. Se concluye afirmando que las intervenciones eficaces deben basarse en la distribución de preservativos de manera gratuita, además de incluir programas de educación sexual, ya que éstos parecen tener eficacia respecto a la prevención de riesgos en materia de sexualidad.

Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2009(4):Cd005215

Revisión sistemática sobre estudios en los que se realizan diferentes intervenciones en materia de educación sexual. Aporta que la combinación de diferentes intervenciones en educación sexual incluyendo intervenciones sobre anticoncepción parecen reducir los embarazos no deseados entre las adolescentes.

➤ OTROS ESTUDIOS

Yarber WL, Parrillo AV. Adolescents and sexually transmitted diseases. J Sch Health. 1992;62(7):331-8.

Estudio en el que se concluye diciendo que una educación sexual de calidad, basada en un enfoque integral, junto con el fácil acceso a los centros de planificación familiar es la mayor promesa para poder controlar las enfermedades de transmisión sexual entre los jóvenes.

Gonzalez Hernando C, Sanchez-Crespo Bolanos JR, Gonzalez Hernando A. Comprehensive sexual and contraceptive education for young people. Enferm Clin. 2009;19(4):221-4.

Este artículo concluye mostrando que los jóvenes necesitan una educación sexual basada en información de calidad, la cual sea capaz de aportar conocimientos y actitudes necesarias para la toma de decisiones correctas frente a la prevención de los riesgos derivados de la sexualidad.

Álvarez de la Cruz Caridad. Comunicación y sexualidad. Enferm. glob. 2010 Jun; (19)

Artículo que recoge un estudio sobre la sexualidad y la comunicación en el que se define la importancia de una correcta comunicación para que se dé el desarrollo de una sexualidad sana y responsable.

García Vega EM, Puigvert Viu N. Sexual transmission infections. Rev Enferm. 2010;33(4):42-6.

Artículo que recoge como conclusión principal que la educación sexual es la herramienta fundamental de la prevención frente a las infecciones de transmisión sexual.

Fajardo Villarroel Aurora. Estrategia de intervención para el cuidado de los/as adolescentes en salud sexual y reproductiva. Policlínico "Dr. Carlos J. Finlay": Marianao, 2009. Enferm. glob. 2011 Ene; 10(21).

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en Cuba ,en el que se aplica un cuestionario sobre conocimientos en materia de educación sexual a adolescentes y se obtiene como resultado que todavía existen carencias en el tema. Se propone para solucionarlo un programa de intervención en educación sexual impartido por profesionales de la salud para mejorar dichos conocimientos.

Hadley A, Evans DT. Teenage pregnancy and sexual health. Nurs Times. 2013;109(46):22, 5-7.

Estudio que aporta que para abordar el tema de la educación sexual es necesario un enfoque multidisciplinar en el que enfermería juega un papel de gran importancia debido a la cercanía con la población joven y la confianza depositada en la profesión. Además especifica que es de gran importancia abordar la educación sexual con una visión abierta en torno a las relaciones y la sexualidad, así como fácil acceso a los anticonceptivos.

Dinaj-Koci V, Lunn S, Deveaux L, Wang B, Chen X, Li X, et al. Adolescent Age at Time of Receipt of One or More Sexual Risk Reduction Interventions. J Adolesc Health. 2014.

Ensayo clínico de diferentes intervenciones en educación sexual el cual muestra como

conclusión que los jóvenes sometidos a más programas de educación sexual y a edades más tempranas, aprenden mejor las actitudes de prevención frente a los riesgos derivados de la sexualidad.

Yoost JL, Hertweck SP, Barnett SN. The Effect of an Educational Approach to Pregnancy Prevention Among High-Risk Early and Late Adolescents. J Adolesc Health. 2014.

Estudio retrospectivo llevado a cabo en una clínica de control y prevención de embarazos en jóvenes, en el que se obtiene como conclusión que un enfoque educativo en el centro puede disminuir la tasa de embarazos no deseados entre las adolescentes que acuden al centro.

➤ ESTUDIOS REALIZADOS EN ESPAÑA

Romero de Castilla Gil RJ, Lora Cerezo MN, Canete Estrada R. Adolescents and sources of sex information: preferences and perceived usefulness. Aten Primaria. 2001;27(1):12-7.

Estudio observacional realizado en Córdoba en el cual mediante cuestionario se extraen datos referidos a las fuentes principales de las cuales los adolescentes reciben información en materia de educación sexual. Cabe destacar que las fuentes de las que reciben la información no coinciden con las preferidas, siendo las preferidas el personal sanitario y los padres.

Rebull J, Reverté M, Piñas I, Ortí A, González L, Contreras E. Evaluación pre-post de una actividad preventiva de la infección por VIH dirigida a adolescentes de las comarcas del sur de Tarragona. Rev. Esp Salud Pública. 2003; 77: 373-82.

Estudio de intervención llevado a cabo en Tarragona en el que se muestra como resultado que las actividades preventivas en forma de talleres y charlas son un buen

instrumento para aumentar el conocimiento de los jóvenes y mejorar sus actitudes respecto al VIH y a las enfermedades de transmisiones sexual.

Callejas Pérez S, Fernández Martínez B, Méndez Muñoz P, León Martín M T, Fábrega Alarcón C, Villarín Castro et al . Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. Rev. Esp. Salud Publica .2005 Oct.; 79(5):581-589.

Estudio de intervención, basado en charlas y entrega de material informativo con el fin de mejorar los conocimientos en materia de sexualidad, realizado sobre población adolescente en la ciudad de Toledo. Como resultado muestra que una intervención de este tipo es eficaz a la hora de ampliar los conocimientos sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual.

Como conclusión, según la evidencia científica se demuestra la eficacia de los programas de educación sexual para disminuir los riesgos relacionados con la sexualidad, además se han encontrado ensayos que avalan los beneficios de una correcta comunicación para transmitir estos conocimientos y la importancia del personal sanitario como fuente de la información.

3.3. MARCO TEÓRICO

Este proyecto propone un Programa de Educación sexual dirigido a jóvenes, para ello se van a exponer a continuación algunos conceptos básicos relacionados con la sexualidad.

En primer lugar la definición de salud sexual de la OMS ya que se considera el pilar fundamental y un derecho de todos los individuos.

➤ *SALUD SEXUAL*

"Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos." (1)

Esta definición sitúa la salud sexual en un concepto que va más allá de la no enfermedad, es un aspecto bio-psicosocial del ser humano y se debe enfocar desde una visión integrada del desarrollo personal. Considera la salud sexual como un conjunto de elementos emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual. Estos deben de ser enriquecedores y fomentar las relaciones, la comunicación y el amor.

Para disfrutar de una correcta salud sexual se debe afrontar su visión desde una actitud positiva y de respeto hacia la propia sexualidad y la de los demás.

Esta actitud de respeto incluye una mención especial a la libertad de decidir y a la importancia de la no discriminación, esto se debe lograr manteniendo los derechos sexuales de todas las personas.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad de todos los seres humanos. Para asegurar el desarrollo de la sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos y respetados.

En el XIII Congreso Mundial de Sexología, celebrado en 1997 en Valencia, España, se formuló la Declaración Universal de los Derechos Sexuales, que posteriormente fue revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) y llevada al Congreso Mundial de Sexología Hong Kong 1999.

Declaración Universal de los Derechos Sexuales :(2)

- El derecho a la libertad sexual
- El derecho a la autonomía y a la integridad sexual
- El derecho a la privacidad sexual
- El derecho a la igualdad sexual (equidad sexual)
- El derecho al placer sexual
- El derecho a la expresión sexual emocional
- El derecho a la libre asociación sexual
- El derecho a tomar decisiones reproductivas, libres y responsables
- El derecho a la información basada en conocimiento científico
- El derecho a la educación sexual general
- El derecho a la atención clínica de la salud sexual:

Para que los derechos sexuales sean reconocidos, promovidos y respetados es importante que se dé una correcta educación a cada ser humano. Fomentando el respeto y la aceptación de uno mismo y la de los demás. Esta educación se puede dar en todos los entornos, bien en la escuela, la familia, la calle o los medios de comunicación pero debe ser capaz de influir positivamente en cada persona. Los

conceptos que se transmitan deben de ser no discriminativos, no competitivos y solidarios.

De esta manera se fomentará el desarrollo de las personas, incluyendo el respeto y la aceptación de los demás y conseguir así que las relaciones sean más igualitarias y menos discriminatorias.

Los derechos sexuales recogen el derecho a la educación sexual y a la toma de decisiones reproductivas entre otros, por lo tanto, la realización de este proyecto fomenta la promoción de los derechos sexuales.

Otro concepto que se debe conocer es el de educación sexual:

➤ *EDUCACION SEXUAL*

"La educación sexual hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo" (1).

El conjunto de estas actividades debe conseguir que se dé un buen desarrollo de las capacidades sexuales, bien en identidad y orientación de cada individuo, así como una buena interrelación con otras personas.

Finalmente tras analizar el concepto de salud sexual y educación sexual se va a hacer referencia al concepto de sexualidad humana, ya que ha ido saliendo en varias ocasiones a lo largo de esta exposición.

➤ *SEXUALIDAD*

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se define como: "Un aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y

relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales" (1).

Se observa en esta definición que la sexualidad forma parte de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor.

La sexualidad va cambiando a lo largo de toda la vida, es un aspecto con el que nacemos y con el que morimos, pasando por diferentes etapas dependiendo de la edad.

El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

3.4. MARCO LEGAL

Revisar el marco legal nos sitúa en los aspectos de funcionamiento reglamentado de esta práctica, por ello se va a mostrar la legislación vigente a nivel internacional, estatal y de la Comunidad Foral.

A nivel internacional existen diferentes textos que recogen los derechos fundamentales en materia de protección sexual y reproductiva de las mujeres.

Uno de ellos es el elaborado a partir de la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer de Beijing 1995 en la cual se estableció que "los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia". (16)

En la **Unión Europea**, el Parlamento Europeo ha aprobado la Resolución 2001/2128 sobre salud sexual y reproductiva y los derechos asociados, en la que se recogen una serie de recomendaciones dirigidas a los Gobiernos de los Estados. Estas son en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación afectivo sexual para evitar desigualdades de acceso a dichos medios.

En **España** la situación legal de la salud sexual está regulada bajo la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Esta ley recoge que la sexualidad y la capacidad de procreación están unidas a la dignidad de cada persona y a su libre desarrollo. Dicta que se deben garantizar los derechos fundamentales de cada mujer así como asegurar la libre decisión en materia de sexualidad y planificación familiar. Además debe garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

Pretende acercar la situación de España al consenso internacional y parte de la convicción, avalada por el mejor conocimiento científico, "de que una educación afectivo sexual y reproductiva adecuada, el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación, cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos" (16).

Características de la ley:

El objeto de esta ley es el de "garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos" (16).

La Ley dispone de dos títulos, el primero es el referente a la regulación de la salud Sexual y Reproductiva y el segundo a la Interrupción del Embarazo.

Respecto a la regulación de la Salud Sexual y Reproductiva establece diferentes Objetivos de actuación de los poderes públicos los cuales deben garantizar:

-La información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.

-El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva.

-El acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad.

-La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad

-La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva.

-La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.

En el artículo 7 viene recogida la información respecto a la Atención Sexual y Reproductiva en el ámbito sanitario que es el que concierne este proyecto. Mediante este artículo se regula que los servicios públicos de salud garanticen:

-La calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible.

-El acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

-La provisión de servicios de calidad para atender a las mujeres y a las parejas durante el embarazo, el parto y el puerperio.

-La atención perinatal, centrada en la familia y en el desarrollo saludable.

La ley recoge otros artículos dedicados a la salud sexual y reproductiva en el ámbito educativo y un capítulo (artículo 11) en el cual se recoge como se llevaran a cabo las estrategias para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta Ley:

“El Gobierno, en cooperación con las Comunidades Autónomas y con respeto a su ámbito competencial, aprobará un Plan que se denominará Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, que contará con la colaboración de las sociedades científicas y profesionales y las organizaciones sociales”. Además detalla que se llevará a cabo poniendo énfasis en jóvenes y adolescentes y colectivos de especiales necesidades (16).

En **Navarra** todo esto viene amparado bajo la Ley Foral 10/1990 siendo en el ejercicio de estas competencias donde se enmarca el Real Decreto 259/1997 del 22 de septiembre por el que se establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en toco ginecología y planificación familiar.

En este Decreto Foral, hay un reconocimiento explícito de la labor desarrollada por los centros de orientación familiar y educación sexual (COFES), actualmente reconocidos también como Centros de Atención a la Mujer (CAM) pertenecientes al Servicio Navarro de Salud en el cual se determina que quedan como referencia para funciones específicas de planificación familiar y educación sexual.

En este decreto se especifica el derecho a la información para la elección de un método anticonceptivo su indicación, aplicación, control y seguimiento de los diferentes métodos, incluidos vasectomías y ligaduras de trompas y el derecho a la educación sexual individual y grupal como derecho gratuito y libre de las personas de la Comunidad Foral (18).

3.5. CONTEXTO DEL ESTUDIO

Para comprender la realización de este proyecto es necesario hacer una valoración sobre el estado de diferentes temas a nivel mundial. Estos temas son la planificación familiar, las enfermedades de transmisión sexual y la población joven en relación con estos aspectos. Los datos expuestos a continuación han sido extraídos de la Organización Mundial de la Salud (3-6).

Tras la valoración a nivel mundial se va a realizar una exposición de datos relacionados, a nivel nacional y de la Comunidad Foral, los datos han sido extraídos del Ministerio de Sanidad y del Instituto de la Juventud (7-15).

➤ PLANIFICACION FAMILIAR

Según datos de la OMS a nivel mundial se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo.

Algunos de los motivos por los que esto sucede son la poca variedad de métodos, el acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes y de los segmentos más pobres de la población, el temor a los efectos colaterales, la oposición por razones culturales o religiosas, los servicios de mala calidad y las barreras de género.

La planificación familiar tiene un papel importante y numerosos beneficios, hay que destacar que además del papel anticonceptivo, la planificación familiar es una gran barrera frente al VIH ya que algunos métodos ayudan a prevenir su transmisión. Por otro lado la planificación familiar refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desea tener y en qué momento y disminuye la necesidad de recurrir a prácticas de aborto peligroso.

La OMS define que es importante que los servicios de planificación familiar sean de fácil acceso y estén disponibles por medio de agentes de salud, para todas las personas y en especial para los jóvenes, uno de los objetivos de este proyecto es el de fomentar el acercamiento de los jóvenes a los centros de Atención a la Mujer.

A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012. A nivel mundial el uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, como en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. Se observa que aun queda por trabajar para seguir fomentando la utilización de métodos anticonceptivos (3).

➤ VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario debilitando los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo inmunodeficiente. La inmunodeficiencia entraña una mayor sensibilidad a infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario sano pueden combatir. La fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o sida y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo de la persona.

Datos según la OMS:

- El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haber cobrado más de 36 millones de vidas hasta ahora.
- En 2012 había unos 35,3 millones de personas infectadas por el VIH
- El África subsahariana, donde uno de cada 20 adultos está infectado por el VIH, es la región más afectada.

- La infección por el VIH se suele diagnosticar mediante análisis de sangre en los que se detecta la presencia o ausencia de anticuerpos contra el virus.
- Aunque no existe una cura para la infección, los pacientes pueden mantener controlado el virus y llevar una vida sana y productiva si siguen un tratamiento eficaz.

La transmisión del VIH se puede prevenir, la principal manera de prevención es mediante el uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos.

Los preservativos masculinos tienen un efecto protector del 85% respecto a la transmisión del VIH u otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

La OMS ha aprobado una estrategia (Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2011-2015) para hacer frente a la epidemia del VIH, entre sus líneas se recoge que se deben optimizar los sistemas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH mediante actividades básicas como proponer programas nacionales contra el VIH (4).

➤ OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las ITS son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, y se propagan predominantemente por contacto sexual. Hay que distinguir entre el concepto amplio de infección de transmisión sexual (cuando no da síntomas la enfermedad), de una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

Los síntomas comunes de las ETS pueden incluir flujo vaginal, secreción uretral en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal.

De las 30 bacterias nombradas anteriormente, 8 se han relacionado directamente con alguna infección. De las 8 infecciones, cuatro son actualmente curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis) y otras 4 no (hepatitis B, herpes, VIH y VPH).

Estas últimas son infecciones virales incurables que se pueden mitigar o atenuar con tratamiento. Estas infecciones pueden tener graves repercusiones a nivel mundial.

Algunos datos a nivel mundial según la OMS:

- Cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS).
- Se estima que, anualmente, unos 500 millones de personas contraen alguna de las cuatro infecciones de transmisión sexual siguientes: clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis.
- Más de 530 millones de personas son portadoras del virus que provoca el herpes genital tipo 2 (HSV2).
- Más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH). , la infección del VPH provoca 530.000 casos de cáncer cervicouterino y 275.000 defunciones.
- Algunas ITS pueden triplicar con creces el riesgo de infección con el VIH.
- Las ITS pueden tener consecuencias graves, entre ellas la transmisión de infecciones y enfermedades crónicas de la madre al niño.
- Anualmente ITS tales como la gonorrea y la clamidiasis son causas principales de enfermedad inflamatoria de la pelvis, desenlace adverso del embarazo e infertilidad.

Para la prevención de las ITS la OMS recomienda intervenciones de asesoramiento, especialmente intervenciones en educación sexual, asesoramiento sobre prácticas sexuales más seguras e intervenciones dirigidas a grupos de población más vulnerables (adolescentes, entornos social desfavorecido, trabajadores sexuales....). Todas estas intervenciones están incluidas en el marco de la promoción de la salud sexual de la OMS (5).

➤ RIESGO PARA LA SALUD DE LOS JÓVENES

La OMS dedica especial atención al colectivo de los jóvenes ya que la promoción de las prácticas saludables por parte de estos, es fundamental para prevenir los problemas de salud futuros y por lo tanto, garantizar una mejor infraestructura sanitaria y social de los países.

En 2002 la Asamblea General de las Naciones Unidas a favor de la infancia, reconoció la necesidad de "Elaborar y ejecutar políticas y programas nacionales de salud para los adolescentes, así como los objetivos e indicadores correspondientes, para promover su salud mental y física".

Otro marco importante para la salud de los jóvenes son los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Dos de los ODM son especialmente importantes en relación con la salud de los jóvenes, el ODM 5 que aspira a implantar el acceso universal a la salud reproductiva y el otro es el ODM 6 que aspira a detener la propagación de VIH.

Algunos datos según la OMS:

- Relacionados con los embarazos no deseados en la juventud:
 - Cada año dan a luz aproximadamente 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años.
 - La gran mayoría de esos nacimientos se producen en países en desarrollo.
 - El riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es mucho mayor en las adolescentes que en las mujeres mayores.

La formulación y aplicación de leyes y un mejor acceso a la información sobre anticonceptivos pueden reducir la cifra de embarazos en jóvenes. A las jóvenes que se queden embarazadas se les debe dar atención de calidad y las que decidan interrumpir su embarazo deben tener acceso a servicios de aborto seguros.

- Respecto a las enfermedades de transmisión sexual:
 - Los jóvenes de 15 a 24 años representaron el 40% de todos los casos nuevos de infección por VIH registrados entre los adultos en 2009.
 - Cada día se contagian 2400 jóvenes, y a nivel mundial hay más de 5 millones de jóvenes afectados por el VIH/sida.
 - En la actualidad, entre los jóvenes, solo el 36% de los hombres y el 24% de las mujeres tienen conocimientos amplios y correctos para protegerse contra el virus.

Se deben aumentar los conocimientos en materia de prevención tanto en la prevención de embarazos no deseados, como en el de contagio del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual especialmente entre los jóvenes con programas de promoción en salud sexual (6).

Con este contexto a nivel mundial queda avalada la necesidad de garantizar y fomentar el acceso de los jóvenes a programas de intervención en materia de educación sexual, con el fin de conseguir disminuir el número de embarazos no deseados y el número de enfermedades de transmisión sexual.

Se ha visto la situación de estos temas a nivel mundial, sin embargo ahora se va realizar una exposición de la situación actual de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual a nivel nacional y a nivel de la Comunidad Foral.

ESPAÑA

➤ EMBARAZOS NO DESEADOS

En España según el Informe de Juventud de 2012 la cifra de la población entre 15-29 años que ha tenido un embarazo no deseado es del 7%. Esta cifra ha disminuido comparándola con el año 2004 la cual era de un 9,9% (10).

Embarazos no deseados. España, 2012, población 15-29 años (%)

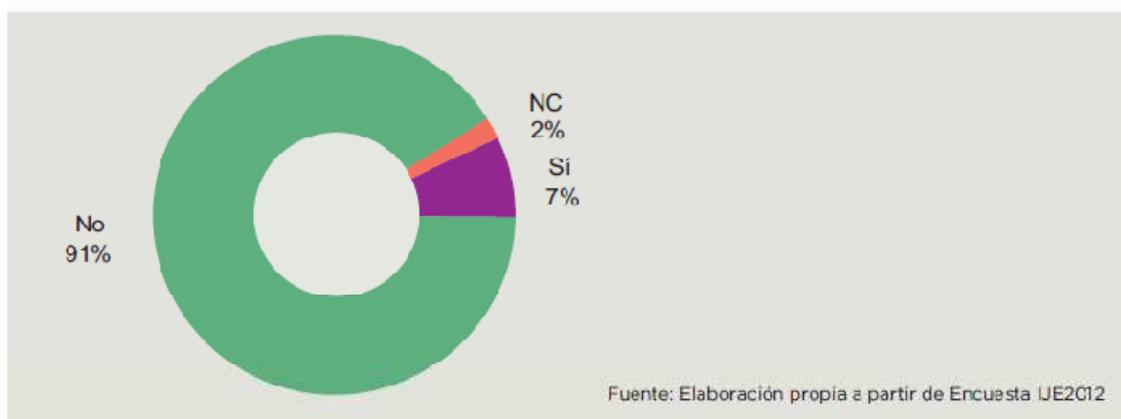


TABLA 1. FUENTE INFORME DE JUVENTUD ESPAÑA 2012

La edad media del primer embarazo no deseado es de 20,3 años, ha aumentado ligeramente frente al Informe de Juventud de 2004.

Edad primer embarazo no deseado. España, 2004-2012, población 15-19 años

	IJE2004	IJE2012
Edad media (años)	19,6	20,3
% 17años o menos	28%	25%

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta IJE2012

TABLA 2. FUENTE INFORME DE JUVENTUD 2012

De estos embarazos no deseados algunos derivan en una interrupción voluntaria del embarazo o IVE. El Informe del Ministerio de Sanidad sobre Datos de Interrupciones Voluntarias del Embarazo de 2011 muestra las tasas de ives en España a lo largo de los últimos años (11).

TABLA EV.1. I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres de cada grupo de edad. 2002-2011. TOTAL NACIONAL.

	Año de intervención									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL	8,46	8,77	8,94	9,60	10,62	11,49	11,78	11,41	11,49	12,44
19 y menos años	9,28	9,90	10,57	11,48	12,53	13,79	13,48	12,74	12,71	13,67
20-24 años	14,37	15,31	15,37	16,83	18,57	20,65	21,05	20,08	19,82	21,34
25-29 años	10,72	11,30	11,43	12,60	14,44	15,57	16,49	16,02	16,34	17,72
30-34 años	8,10	8,28	8,57	9,07	10,12	11,07	11,63	11,63	12,09	13,36
35-39 años	5,84	6,02	6,12	6,48	7,34	7,67	7,97	8,05	8,27	9,23
40 y más años	2,72	2,69	2,69	2,87	3,05	3,25	3,30	3,36	3,50	3,86

TABLA 3. FUENTE MINISTERIO DE SANIDAD

En 2009 se ve un descenso, sin embargo hasta 2011 se vuelve a dar un aumento de la tasa de ives en todos los grupos de edad.

La siguiente tabla recoge los años 2001-2010, se muestra la evolución de la ive en el colectivo joven. (10)

Evolución IVE. España, 2001-2010, población hasta 29 años (tasa/1000)

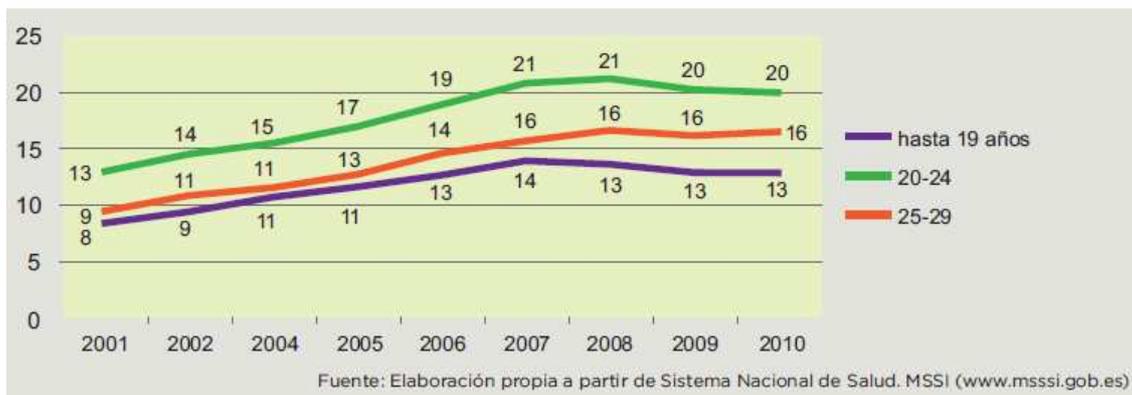


TABLA 4. FUENTE INFORME DE JUVENTUD 2012

Se observa que la edad con mayor número de ives son los 20-24 años con una tasa de 20 por 1000 mujeres, seguida de los 25-29 años.

Como conclusión se obtiene que la cifra de embarazos no deseados en España es en torno al 7%, ha disminuido frente a estudios anteriores, sin embargo las interrupciones del embarazo han ido aumentando gradualmente con el paso de los años, en 2009 se observa un ligero descenso pero en 2011 vuelven a remontar las cifras.

NAVARRA

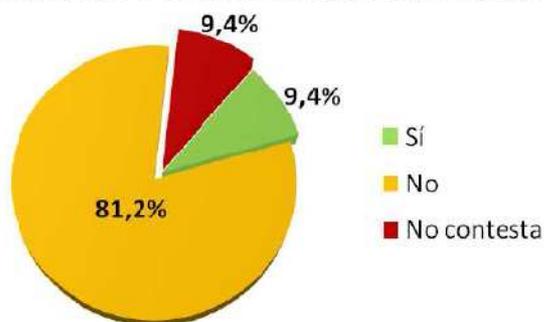
➤ EMBARAZOS NO DESEADOS

Según el Informe de Juventud de 2012 la situación es la siguiente (15).

- Un 9,4% de la población joven se ha quedado embarazada sin desearlo. Esta cifra es mayor que en España (7%) .

- La edad media de embarazo no deseado es de 18,7 años. Un año y 3 meses antes que en 2008. Esta cifra también es menor que en España, en donde la edad media de un embarazo son los 20 años.

Embarazos no deseados en las jóvenes navarras



Fuente: Informe de Juventud Navarra 2012. INDJ.

TABLA 5

El número de ives en Navarra en 2011 viene recogido en la siguiente tabla según el Informe del Ministerio de Sanidad de datos de Interrupción Voluntaria del embarazo en el año 2011 (11).

2011. Comunidad Foral de Navarra

	TOTAL	Edad							
		<15 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	>44 años
TOTAL I.V.E.	844	10	106	162	198	186	136	41	5

TABLA 6. FUENTE: MINISTERIO DE SANIDAD

En 2011 se produjeron un total de 844 ives en la Comunidad Foral, no se han encontrado datos de años anteriores en informes oficiales.

La edad en la que mas numero hay son entre los 25 y 29 años seguidos de los 20-24 años. Coincide con las cifras a nivel nacional.

➤ VIH Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

En España la situación del VIH es la siguiente según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH (12).

Se observa en la tabla un aumento de los casos de SIDA en los jóvenes en 2009, sin embargo, con el paso de los años, ese valor de nuevo decrece .

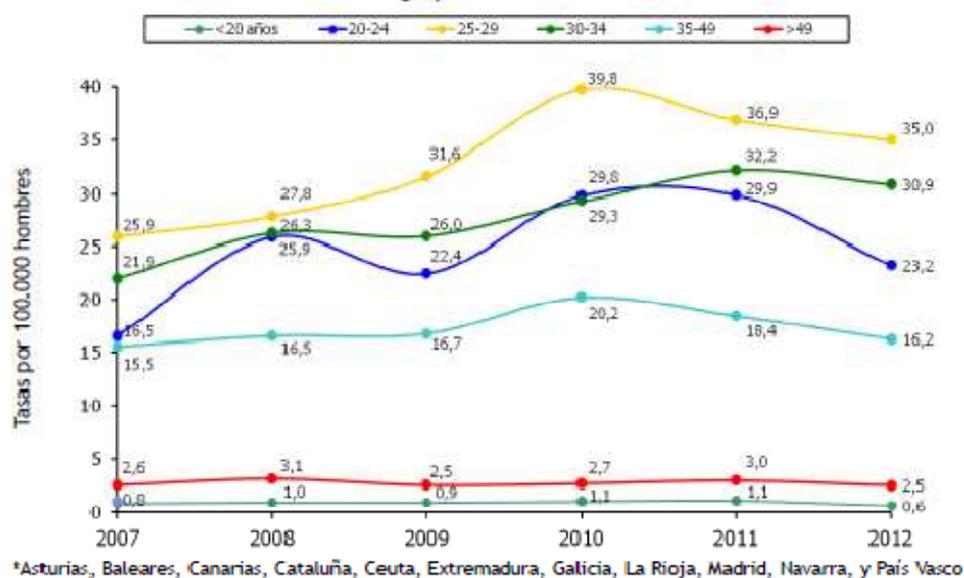


TABLA 7

Respecto a otras enfermedades de transmisión sexual se muestra que a partir del año 2002 las ITS comienzan a aumentar. (TABLA 8)

**Figura 1. Incidencia de infecciones de transmisión sexual
Nº de casos y tasas por 100.000 hab. España 1995-2009**

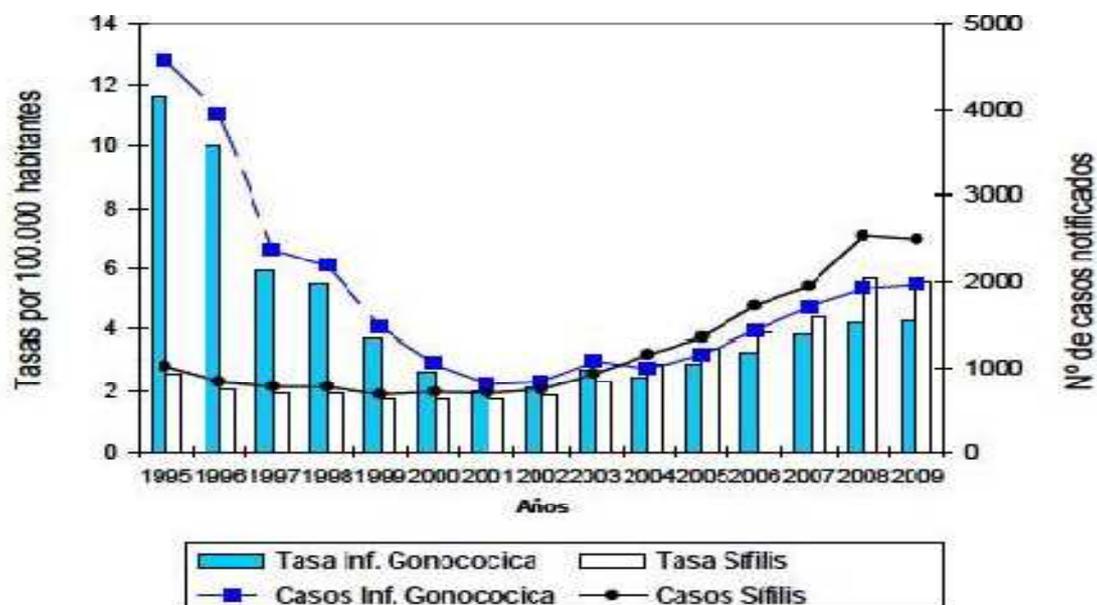


TABLA 8. FUENTE SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

La información epidemiológica de las ITS en España es obtenida a partir del Sistema de vigilancia de Enfermedades de declaración Obligatoria (EDO). Las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica son la infección gonocócica, sífilis y sífilis congénita

Tras hacer una valoración de los datos se concluye que aunque el número de embarazos no deseados ha disminuido, todavía se siguen dando en un 7% en España y en Navarra en casi un 10%. Las ITS continúan en aumento desde el año 2002.

3.6. HABITOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD

ESPAÑA

Existen en España diferentes informes acerca de los hábitos relacionados con la sexualidad, los datos que a continuación se muestran han sido extraídos del Sondeo de Opinión sobre salud y sexualidad realizado en 2008 y 2010, junto con los Informes de Juventud de España realizados en los años 2008 y 2012 (7,8,9,10).

Estos datos hacen referencia a la importancia de la sexualidad, la edad de inicio de las relaciones, las prácticas relacionadas con la sexualidad, el uso del preservativo y la utilización de otros métodos anticonceptivos. Además se exponen referencias a la calidad de la información en materia de educación sexual que reciben los jóvenes.

➤ IMPORTANCIA DE LA SEXUALIDAD

La sexualidad supone un aspecto importante dentro de la vida de las personas jóvenes. 9 de cada 10 jóvenes le dan importancia dentro de su vida.

- Los varones le asignan un 93% de importancia y las mujeres un 87%.

Como se ve en la siguiente tabla, ésta varía dependiendo de la edad:

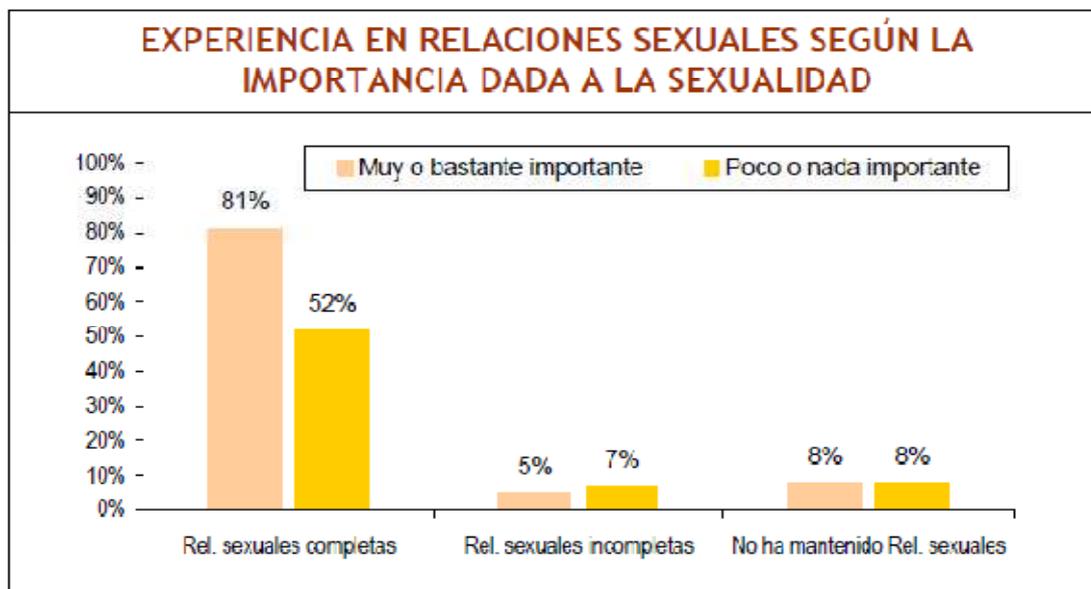
IMPORTANCIA DADA A LA SEXUALIDAD SEGÚN LA EDAD		
	HASTA LOS 18 AÑOS	A PARTIR DE LOS 18 AÑOS
Bastante o Muy importante	75%	92%
Poco o Nada importante	20%	7%

Porcentajes sobre el total de cada grupo de edad

Fuente: 2008: Primer Sondeo de Opinión de la gente joven INJUVE (EJ132)

TABLA 1

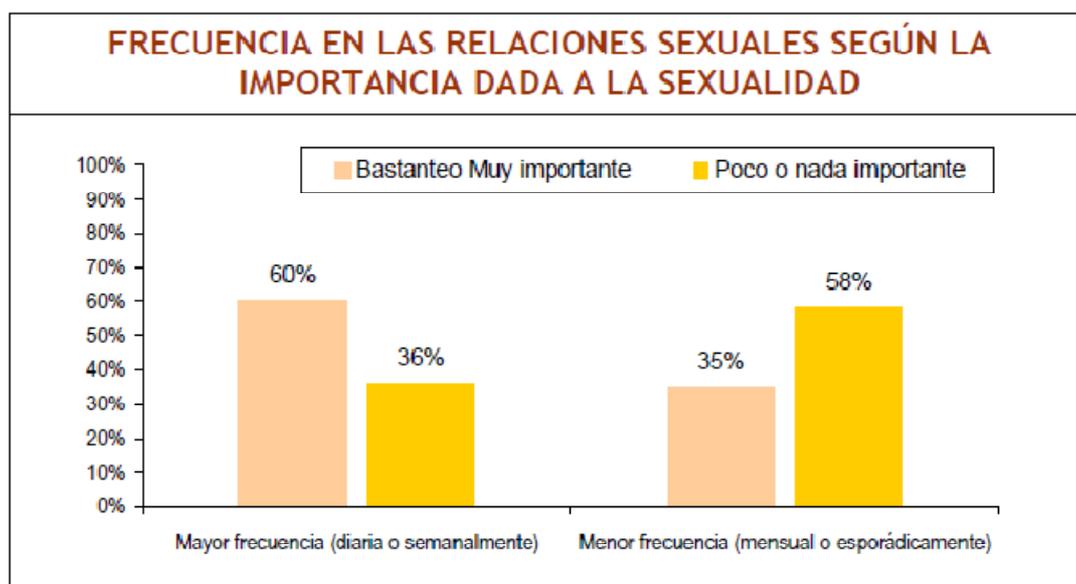
La importancia también varía en función de si han mantenido relaciones o no, se le atribuye mayor importancia una vez que se han iniciado las relaciones:



Fuente: 2008: Primer Sondeo de Opinión de la gente joven INJUVE (EJ132)

TABLA 2

Otro aspecto a tener en cuenta es que a mayor frecuencia, mayor importancia se le da a la sexualidad:



Fuente: 2008: Primer Sondeo de Opinión de la gente joven INJUVE (EJ132)

TABLA 3

➤ EDAD MEDIA DE COMIENZO

La edad media en la que se da la primera relación sexual está en los 17 años, 7 meses antes que en 2003. Los chicos lo hacen unos meses antes con 16,8 años y las chicas con 17,5 años.

Con el paso de los años se va comenzando antes a mantener relaciones.

- Jóvenes menores de 15 años que han tenido una relación sexual ha variado de un 5% en 2004 a un 12% en 2012.

En ésta tabla se ve que se ha producido un aumento de población que comienza a mantener relaciones antes de los 18 y una disminución de la población joven que comienza a mantener relaciones después de los 18.

EVOLUCIÓN DE LA EDAD INICIO DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL COMPLETA 2003-2008, SEGÚN EL SEXO

	2003		2008	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Antes de los 18 años	51%	44%	65%	50%
Después de los 18 años	44%	51%	31%	22%

Porcentajes sobre el total de cada año y sexo

Fuente: 2003: Cuarto Sondeo de Opinión de la gente joven. INJUVE (EJ093)
2008: Primer Sondeo de Opinión de la gente joven INJUVE (EJ132)

TABLA 4

➤ PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA SEXUALIDAD

En España 8 de cada 10 jóvenes afirma haber tenido relaciones sexuales, estos porcentajes aumentan cada año.

- En 2012 según el informe de Juventud la cifra de jóvenes que afirma haber mantenido relaciones sexuales es del 88,4%, de los cuales un 82,4% han sido con penetración. (TABLA 5)

Destacar que ésta clasificación no es muy oportuna por la manera de clasificar la sexualidad pero se realiza para ajustarse a una observación más concreta según las prácticas de riesgo.

GRÁFICO 41

Evolución de la experiencia sexual. España, 2003-2012, población 15-29 años (%)

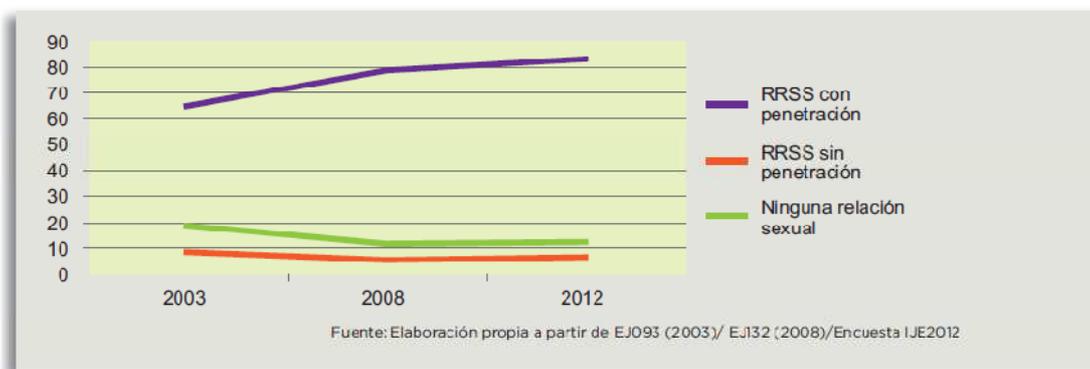
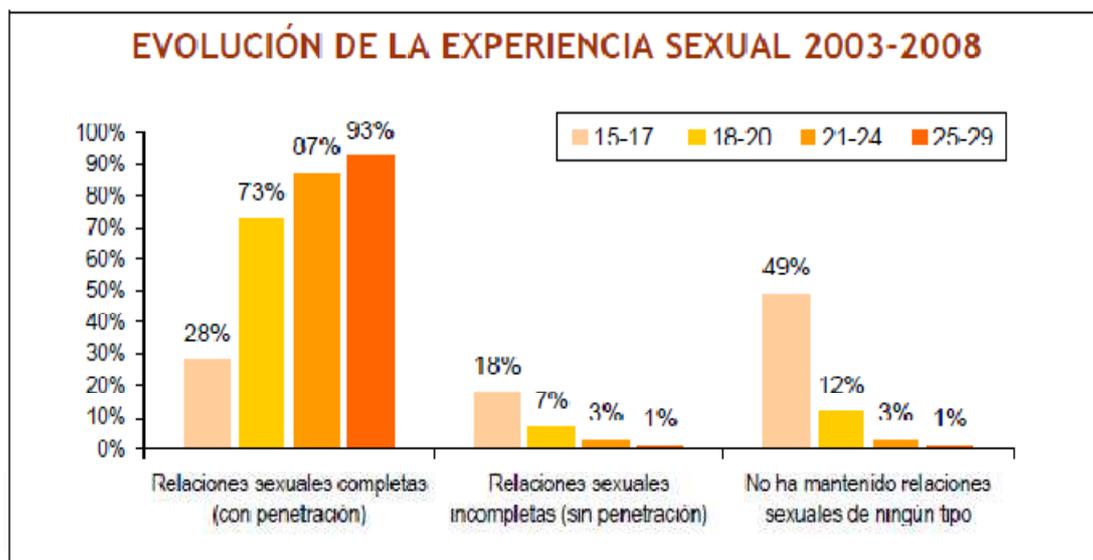


TABLA 5

En la siguiente tabla se observa un incremento de las relaciones con penetración en todos los grupos de edad pero es especialmente considerable entre 18 y 25 años



Fuente: 2008: Primer Sondeo de Opinión de la gente joven INJUVE (EJ132)

TABLA 6

Otro aspecto a tener en cuenta es la frecuencia de las relaciones, ésta aumenta con la edad, a partir de los 20 años se vuelven más frecuentes, esto hace pensar que es porque se consolidan más parejas como estables. Las parejas estables aumentan el

número de encuentros sexuales frente a los jóvenes sin pareja, los cuales tienen relaciones esporádicas.

Respecto al 2003 ha aumentado la frecuencia de las relaciones según la edad:

FRECUENCIA EN LAS RELACIONES SEXUALES SEGÚN LA EDAD				
	15-17	18-20	21-24	25-29
Mayor frecuencia (diaria o semanalmente)	43%	44%	59%	65%
Menor frecuencia (mensual o esporádicamente)	54%	53%	37%	28%
<i>Porcentajes sobre el total de cada grupo de edades</i>				

Fuente: 2008: Primer Sondeo de Opinión de la gente joven INJUVE (EJ132)

TABLA 7

También ha aumentado la frecuencia según el sexo:

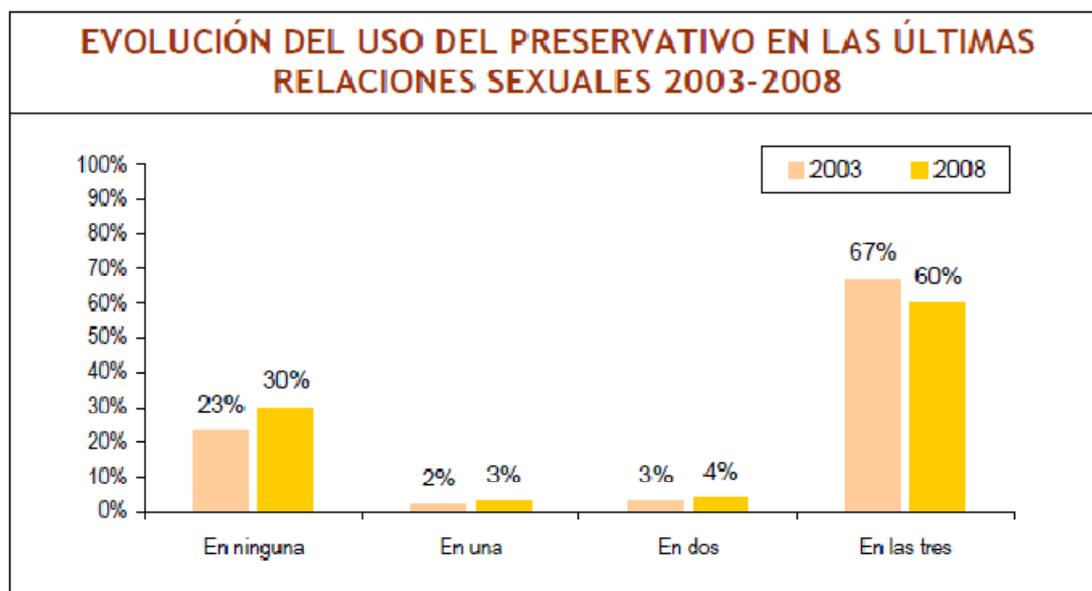
EVOLUCIÓN DE LA FRECUENCIA EN LAS RELACIONES SEXUALES 2003-2008 SEGÚN EL SEXO				
	2003		2008	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Mayor frecuencia (diaria o semanalmente)	45%	52%	55%	64%
Menor frecuencia (mensual o esporádicamente)	51%	42%	42%	29%
<i>Porcentajes sobre el total de cada año y sexo</i>				

Fuente: 2003: Cuarto Sondeo de Opinión de la gente joven. INJUVE (EJ093)
2008: Primer Sondeo de Opinión de la gente joven INJUVE (EJ132)

TABLA 8

➤ USO DEL PRESERVATIVO

En la siguiente tabla se observa que según el Informe de Juventud 2008 el uso del preservativo se encuentra extendido con un 60% entre los jóvenes, pero es alarmante que el 30% de la población joven declare no utilizarlo. Además en este estudio también se observa una disminución de su uso del año 2003 al 2008:



Fuente: 2003: Cuarto Sondeo de Opinión de la gente joven. INJUVE (EJ093)
2008: Primer Sondeo de Opinión de la gente joven INJUVE (EJ132)

TABLA 9

Otros datos que se extraen del sondeo muestran que los varones lo usan en mayor proporción que las mujeres y que se usa más en la primera juventud que con el paso de los años, probablemente sea por consolidar parejas estables y conocer otras opciones anticonceptivas.

Destacar que a mayor facilidad de acceso a disponer de un preservativo mayor es el índice de uso; la gran mayoría dicen tener acceso fácil a preservativos, especialmente los chicos (84%), sin embargo aun existe un 5% que asegura no utilizarlo por no disponer de él.

Respecto a las cifras de 2008 se vuelve a ver un incremento en 2012 en la no utilización del preservativo. Es alarmante que un 38% de los jóvenes afirme no haber utilizado el preservativo en sus relaciones a lo largo de un año, aunque se supone que gran parte de este grupo es porque utiliza otros métodos (35%).

GRÁFICO 44

No uso de preservativos alguna vez (últimos 12 meses). España, 2012, población 15-29 años (%)

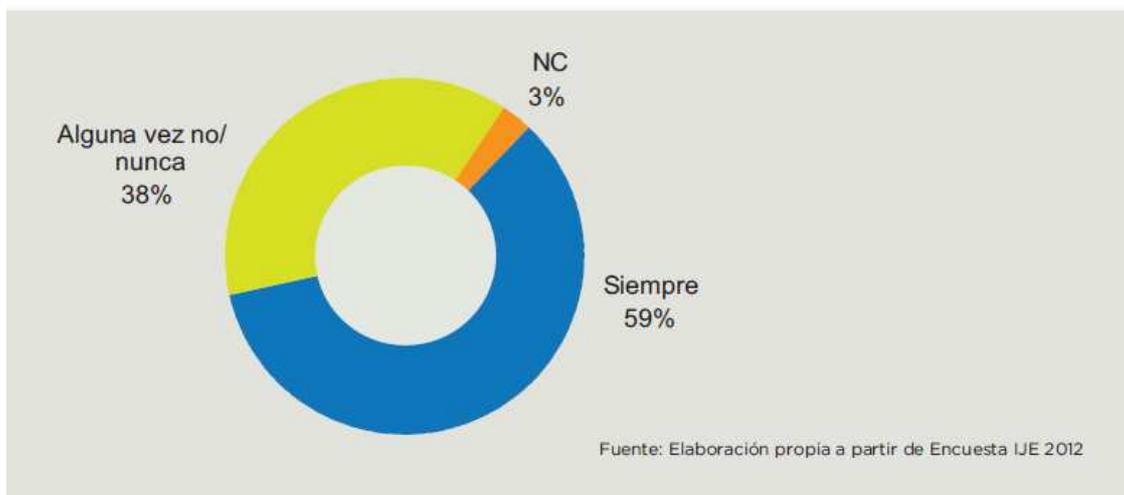


TABLA 10

La siguiente tabla deja en evidencia que no se utilizan por un desconocimiento acerca de ciertos aspectos de la sexualidad como creer que no hay peligro, no hablar del tema, estar enamorado....

GRÁFICO 45

Motivos no uso de preservativos. España, 2012, población 15-29 años (%)

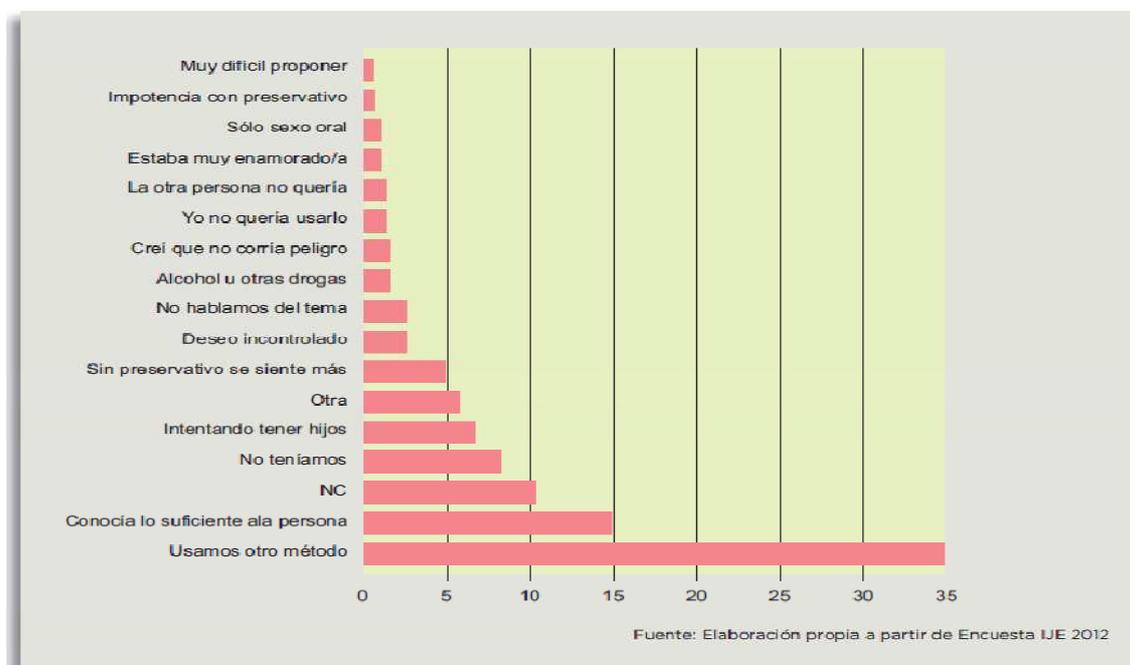


TABLA 11

➤ OTROS MÉTODOS

Según el informe de juventud de 2012 el 17,3% de los jóvenes afirma no haber usado anticoncepción en su última relación, este porcentaje ha aumentado desde 2004 y se considera elevado.

GRÁFICO 42

Evolución uso métodos anticonceptivos/profilaxis. España, 2004-2012, población 15-29 años (% última relación)

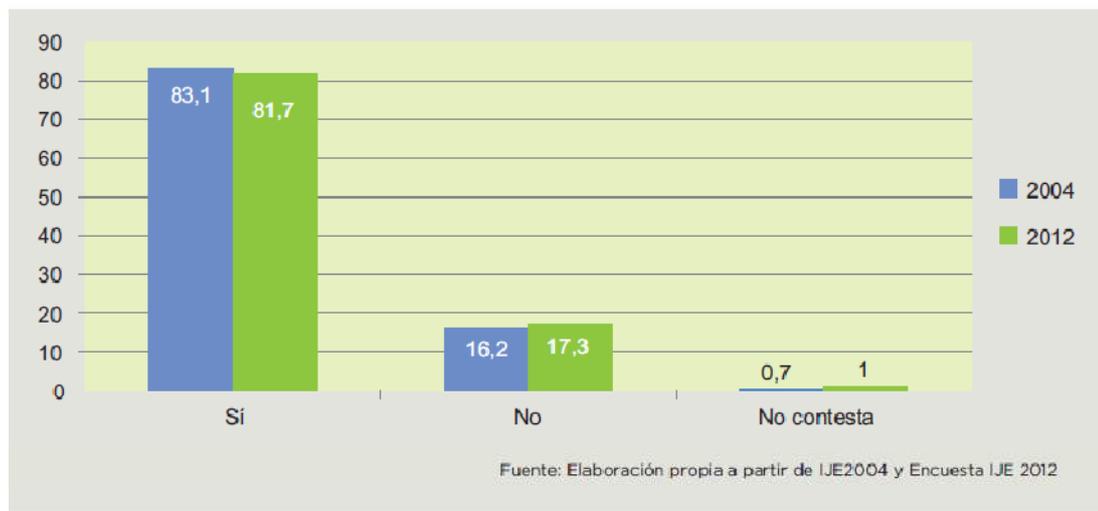


TABLA 12

Segun el Informe de Juventud de 2012 este es el índice de uso de las diferentes opciones anticonceptivas.

TABLA 71

Métodos profilácticos usados (última relación sexual). España, 2012, 15-29 años.(%)

	%	N
Preservativo o condón	68,6	1907
Píldora anticonceptiva	18,6	517
DIU	6,7	185
Píldora postcoital	,5	13
Coito interrumpido	,8	22
Métodos naturales (ogino, billings, temperatura)	,5	15
Otro	2,5	69
No contesta	1,9	52
N (100%)	100,0	2780

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta IJE 2012

TABLA 13

- El preservativo es el método más usado entre los jóvenes, seguido de la píldora y el DIU

El uso del preservativo ha disminuido respecto a 2004. Otros han aumentado como el DIU y la píldora, supuestamente por un mayor conocimiento y mayor accesibilidad.

GRÁFICO 43

Evolución métodos usados. España, 2004-2012, población 15-29 años.(% última relación)

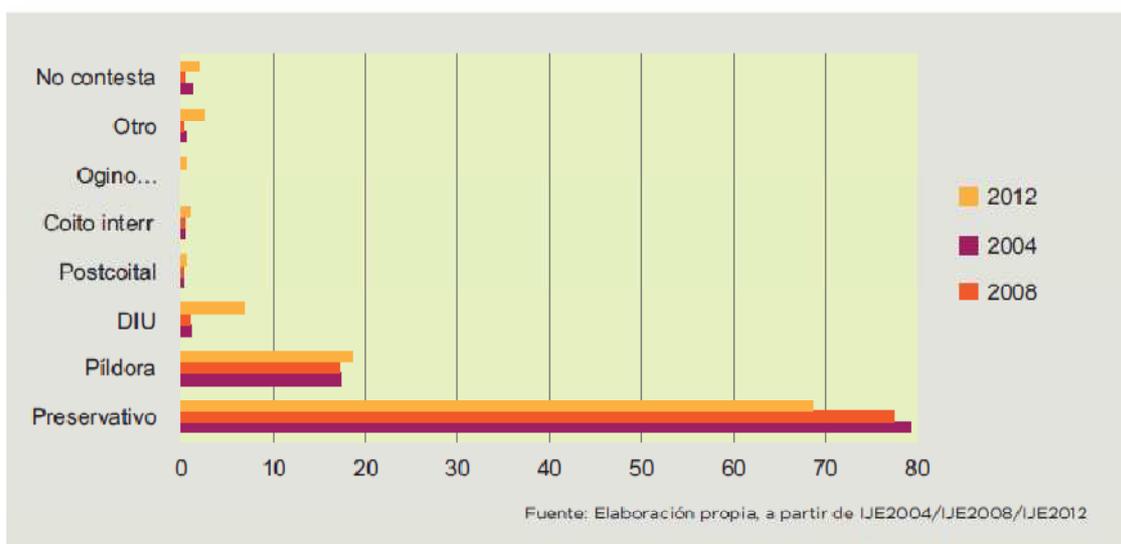


TABLA 14

➤ INFORMACIÓN EN EDUCACIÓN SEXUAL

Finalmente se muestran los datos del Sondeo de Opinión de 2010 sobre la educación sexual.

Se observa que sigue existiendo un 13% de jóvenes que afirman no disponer de información sexual en España. Un 86% afirma disponer de información. (TABLA 15)

Disponibilidad de información sexual. España, 2010, población 15-29 años (%)

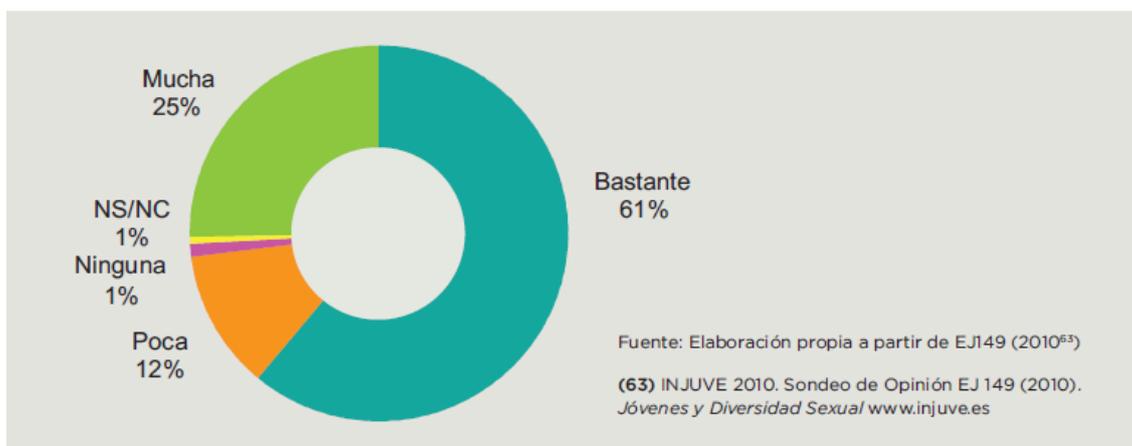


TABLA 15

Respecto a la calidad de la información un 84% la considera de calidad:

Valoración de la calidad de información sexual. España, 2010, población 15-29 años (%)

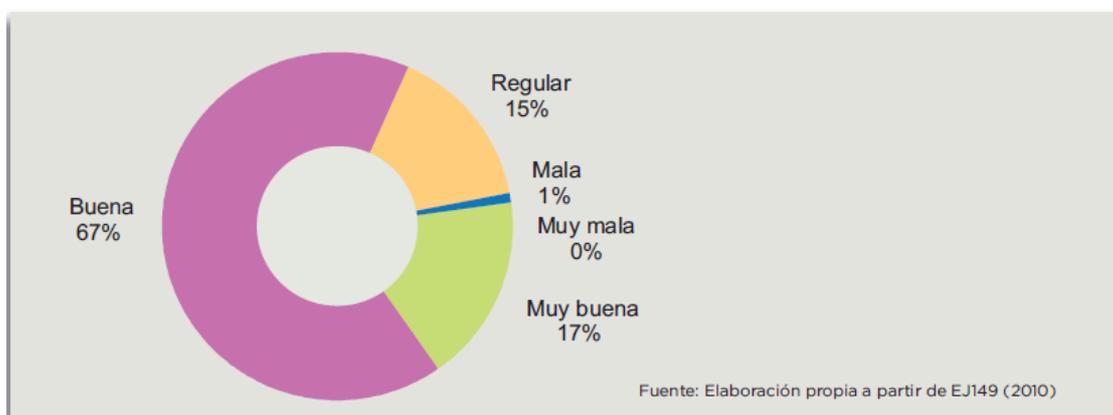


TABLA 16

Todavía existe un 16% de la población joven en España que no la considera buena.

En la siguiente tabla se muestran los temas sobre los que les gustaría recibir más información, éstos son sobre métodos anticonceptivos y las ETS, llama la atención ya que casi todos los programas de educación sexual se centran en esto, es curioso que sigan existiendo carencias.

Temas sobre los que interesaría recibir información. España, 2010, población 15-29 años (%)

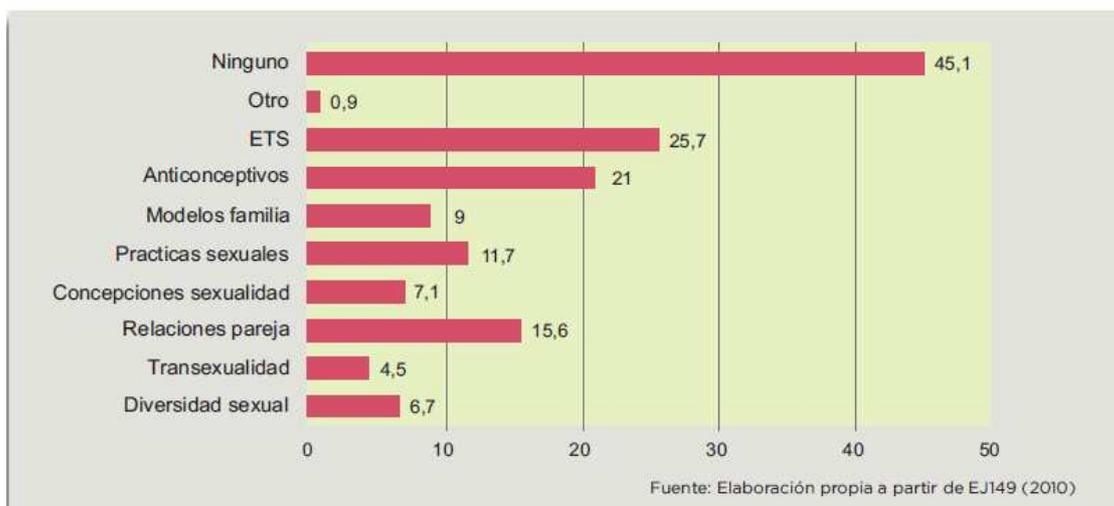


TABLA 17

Al 80% de los jóvenes les ha resultado útil la información sobre educación sexual recibida, sin embargo 1 de cada 5 jóvenes considera que le ha sido regular, poco o nada útil cuando la ha necesitado en la práctica.

Utilidad de la información sexual recibida. España, 2010, población 15-29 años (%)

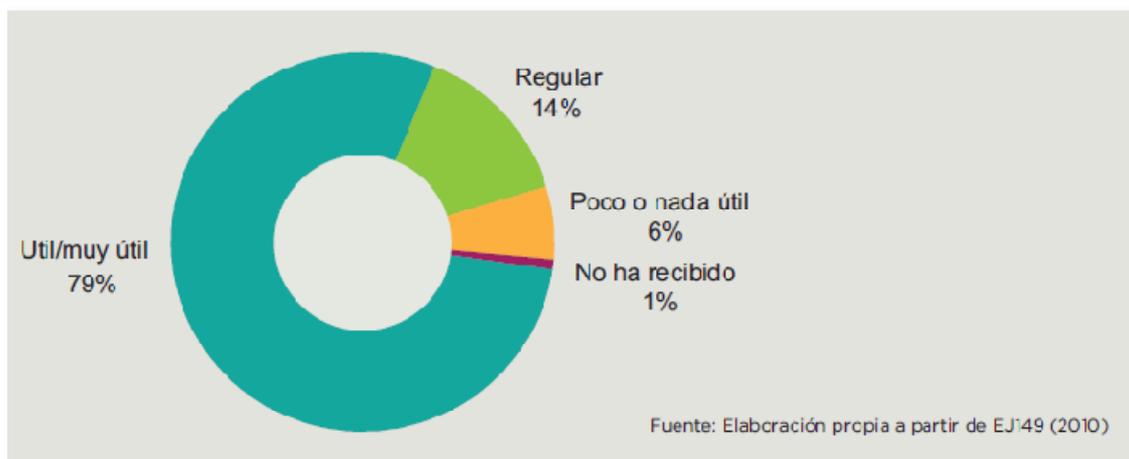


TABLA 18

La fuente de la cual se obtiene mayor información son las amistades y profesorado. Destacar que no consta el personal sanitario como otra fuente de información.

Principal fuente de información sexual. España, 2010, población 15-29 años (%)

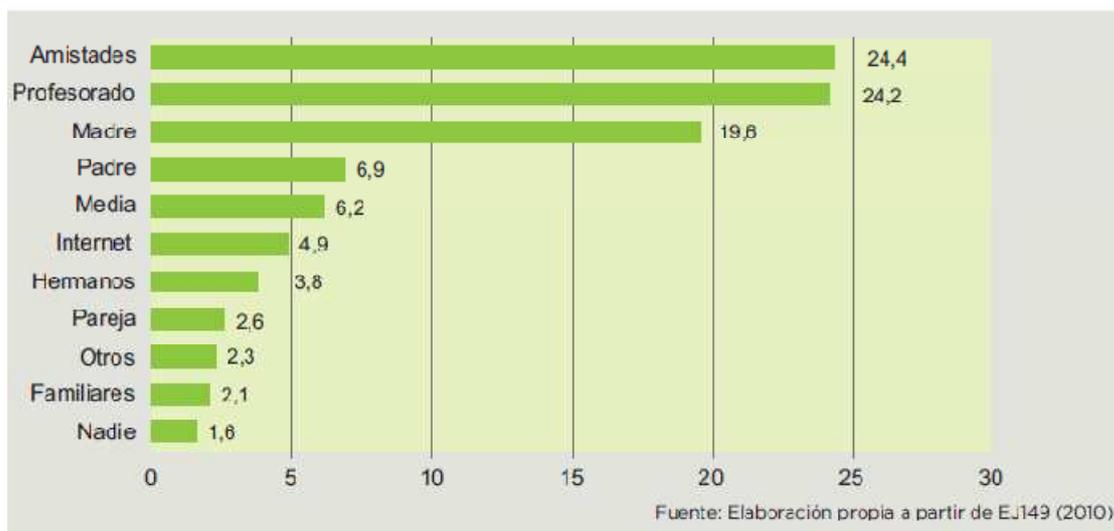


TABLA 20

NAVARRA

Existen en Navarra informes que recogen información acerca del estado de la sexualidad en la Comunidad Foral. Los informes que se han recogido para la extracción de los siguientes datos son la Encuesta Navarra de Juventud y Salud de 2007, el Informe de Juventud de Navarra de 2008 y el de 2012 (13,14,15).

➤ IMPORTANCIA DE LA SEXUALIDAD

En Navarra la importancia que se le da a la sexualidad es del 89,8%, los chicos le dan más importancia, un 91,8% y las chicas un 87,9%, cifras similares a las de España.

➤ EDAD DE INICIO

El inicio de las relaciones coitales en Navarra se da a partir de los 15 (un 10%).

La edad media de inicio de relaciones sexuales con penetración es de 17 años, los chicos antes, a los 16,7 y las chicas a los 17,3 años según el Informe de Juventud de 2012. Se iguala a la media de España.

Edad media a la primera relación sexual completa



Fuente: Informe de Juventud Navarra 2012. INDJ.

TABLA 21

➤ PRACTICAS RELACIONADAS CON LA SEXUALIDAD

Según el Informe de Juventud Navarra de 2012 la cifra de jóvenes que afirma tener relaciones con penetración es alrededor del 82%. Similar a los datos obtenidos de la población joven en España.

Relaciones sexuales en la juventud



Fuente: Informe de Juventud Navarra 2012. INDJ.

TABLA 22

Las relaciones sexuales con penetración están aumentando respecto a años anteriores. La siguiente tabla muestra la relación de los años 2000, 2004 y 2008. Se observa claramente el aumento.

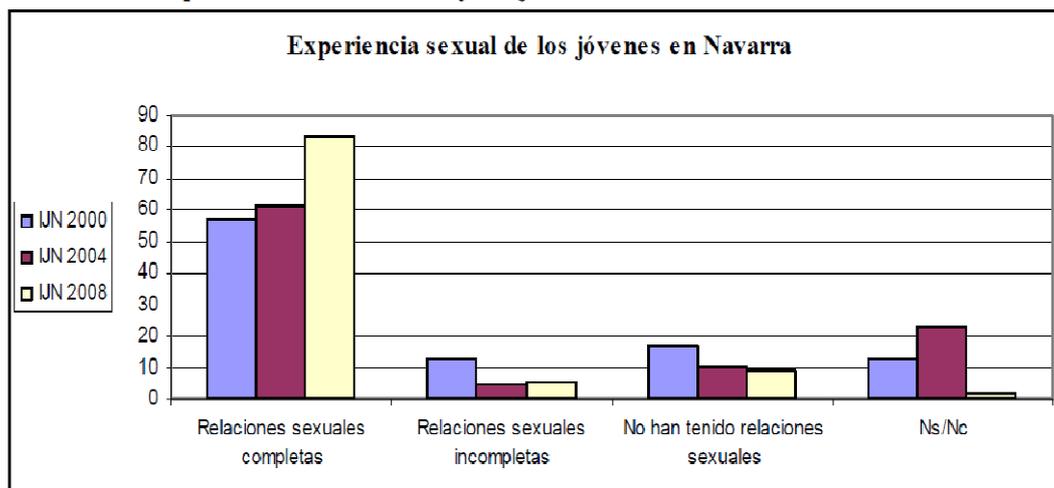
Gráfico 16. Experiencia sexual de los y las jóvenes en Navarra

TABLA 23

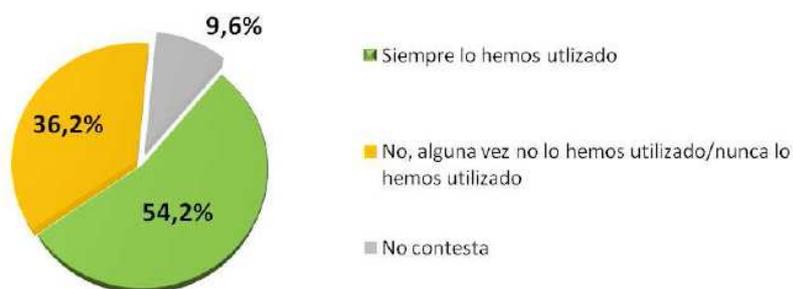
A mayor edad mayor es el porcentaje de jóvenes que afirma tener relaciones con penetración. Un 18,2% a los 15 años tiene relaciones con penetración frente a un 97,6% que las tiene a los 29 años.

Observando estos datos (casi el 100% de los jóvenes que tiene relaciones las tiene con penetración) cabe destacar que se produce una gran asociación entre tener relaciones y tenerlas con penetración. Los jóvenes asocian automáticamente tener relaciones con la práctica de penetración, atribuyendo menos importancia a otro tipo de prácticas.

➤ USO DEL PRESERVATIVO

Según el Informe de Juventud de Navarra de 2012 los datos respecto a la frecuencia del uso del preservativo en los últimos 12 meses muestran que el uso ha disminuido frente a 2008 en un 2,2%. Los jóvenes que afirman usar en todas las relaciones sexuales son del 54,2%.

Uso del preservativo en todas las relaciones sexuales de los últimos doce meses



Fuente: Informe de Juventud Navarra 2012. INDJ.

TABLA 24

Existen diferentes motivos por los que los jóvenes afirman usar preservativo:

Tabla 161. Razón por la que los y las jóvenes usan el preservativo

	Total	Varón	Mujer
n=	250	129	121
Prevenir un embarazo	93,6%	93,0%	94,2%
Proteger del VIH/SIDA	49,2%	50,4%	47,9%
Proteger de otras infecciones de transmisión sexual	56,0%	58,1%	53,7%
No contesta	2,0%	2,3%	1,7%

Fuente: IJN 2008. Elaboración propia

n=Base: utilizó preservativo en su última relación sexual

TABLA 25

Respecto al motivo por el cual no se usó preservativo los datos muestran lo siguiente:

En 2008:

Tabla 165. Razones por las que no usaron ningún método anticonceptivo

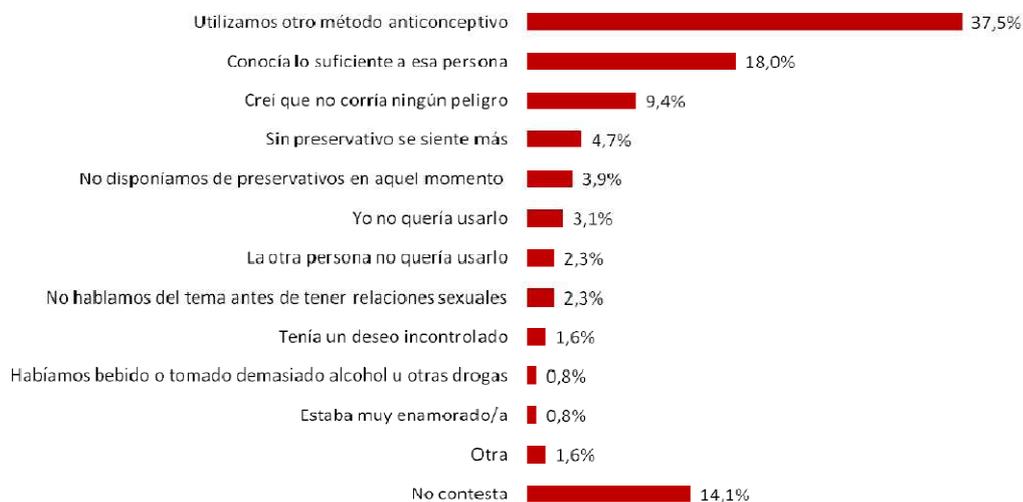
	Total	Varón	Mujer
Utilizamos otro método anticonceptivo	32,3%	24,2%	39,4%
No disponíamos de preservativos en aquel momento	18,8%	22,6%	15,5%
Conocía lo suficiente a esa persona	12,0%	8,1%	15,5%
Estábamos intentando tener hijos	6,8%	3,2%	9,9%
No contesta	6,8%	9,7%	4,2%
Creí que no corría ningún peligro	4,5%	3,2%	5,6%
Yo no quería usarlo	3,8%	6,5%	1,4%
Sin preservativo se siente más	3,8%	4,8%	2,8%
Tenía un deseo incontrolado	3,8%	6,5%	1,4%
La otra persona no quería usarlo	2,3%	3,2%	1,4%
No hablamos del tema antes de tener relaciones sexuales	1,5%	3,2%	-
Sólo practicamos sexo oral	1,5%	1,6%	1,4%
Influencia de estimulantes	1,5%	1,6%	1,4%
Otra, ¿cuál?	,8%	1,6%	-
Base :en alguna relación sexual de los últimos doce meses no ha utilizado preservativo	133	62	71

Fuente: IJN 2008. Elaboración propia

TABLA 26

En 2012:

Motivo principal por el que no se utilizó el preservativo en relaciones sexuales



Fuente: Informe de Juventud Navarra 2012. INDJ.

TABLA 27

Comparando, se observa el incremento de las siguientes conductas con respecto a 2008: utilizamos otro método anticonceptivo (32,3% -37,5%), conocía lo suficiente a

esa persona (12%- 18%), creí que no corría ningún peligro (4,5%- 9,4%), sin preservativo se siente más (3,8% -4,7%) y no hablamos del tema antes de tener relaciones sexuales (1,5% -2,3%).

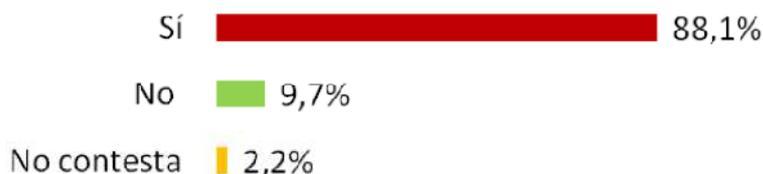
En cambio disminuyen razones como: no disponíamos de preservativos en ese momento (18,8%- 3,9%), alguno de los dos miembros de la pareja no quería usarlo (6,1%- 5,4%), tenía un deseo incontrolado (3,8% -1,6%) y habíamos bebido o tomado demasiado alcohol u otras drogas (1,5% - 0,8%). Cabe destacar que el motivo no tener preservativos ha disminuido, así que se supone que el acceso a los preservativos es mejor. Se observa también que algunos ítems no figuran en 2012 como intentar tener hijos o tener sexo oral.

Las conductas denominadas de riesgo han aumentado respecto a 2008 como creer que no se corre ningún riesgo o no hablar del tema.

➤ OTROS MÉTODOS

El 88,1% de los jóvenes afirmó usar un método anticonceptivo en su última relación sexual, es alarmante que aun exista un 10% de los jóvenes que no lo utilizó. En España la cifra de jóvenes que no usaron método anticonceptivo en la última relación año es mayor , un 17,3% .

Uso de algún método anticonceptivo o profilaxis en la última relación sexual completa



Fuente: Informe de Juventud Navarra 2012. INDJ.

TABLA 28

Estas cifras respecto al informe del año 2008 de Navarra han aumentado en un 0,2%. Sin embargo aun no es el 100% por lo que se debe seguir fomentando la práctica de medidas de protección.

Los principales métodos anticonceptivos de uso son:

Métodos anticonceptivos utilizados en la última relación sexual completa



Fuente: Informe de Juventud Navarra 2012. INDJ.

TABLA 29

Los datos son similares a los de España. Estos métodos varían según la edad de los usuarios. El preservativo se usa más en edades más jóvenes (100% con 15 años) mientras que luego disminuye su uso a edades más avanzadas (69% a los 29 años), esto puede ser debido a la consolidación de parejas estables frente a relaciones esporádicas. Los hombres suelen elegir el preservativo y las mujeres la píldora o el DIU.

3.7. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Como se ha visto la elaboración del proyecto queda justificada en todos los aspectos descritos a lo largo de los apartados anteriores; desde la evidencia científica, desde su contexto y desde el marco de la legislación.

La **evidencia científica** demuestra la eficacia de los programas de educación sexual para disminuir los riesgos relacionados con la sexualidad, además se han encontrado estudios que avalan los beneficios de una correcta comunicación para transmitir estos conocimientos y la importancia del personal sanitario como fuente de la información.

Haciendo un repaso al **contexto** en el que nos encontramos a nivel mundial queda avalada la necesidad de garantizar y fomentar el acceso de los jóvenes a programas de intervención en materia de educación sexual, con el fin de conseguir disminuir el número de embarazos no deseados y disminuir el número de enfermedades de transmisión sexual, lo mismo sucede en España y Navarra.

Finalmente desde el punto de vista de la **legislación**, queda establecido que es competencia del CAM el formar parte de la educación sexual de la población. Se establece así la justificación de realizar este proyecto ya que consiste en la elaboración de un Programa de Educación sexual impartido desde el propio centro.

3.8. METODOLOGÍA

Haciendo una revisión al contexto, este proyecto consiste en la elaboración del Diseño de un Programa de Educación Sexual dirigido a jóvenes entre 14 y 24 años pertenecientes al área de salud del Centro de Atención a la Mujer de Barañain.

Para su elaboración se ha realizado una revisión sobre la evidencia disponible acerca de la eficacia de estos programas de intervención. Además se ha realizado una completa búsqueda bibliográfica sobre el estado del tema y el contexto en el que se encuentra y una revisión sobre la legislación vigente que ampara la realización del proyecto.

El Programa de Educación Sexual propuesto se impartiría en el Centro de Atención de la Mujer de Barañain. Consiste en una serie de sesiones dirigidas a los jóvenes con el fin de mejorar sus conocimientos en materia de sexualidad.

La manera de evaluar la eficacia del Programa será mediante encuesta entregada a los participantes antes y después de formar parte del Programa.

4. ANÁLISIS

ESTRATÉGICO

Antes de comenzar con la elaboración de la estrategia a seguir se debe hacer un análisis de la situación, para ello el método es el de una matriz DAFO. Una matriz DAFO es un mapa de situación que nos permite saber dónde estamos para poder decidir hacia donde nos queremos avanzar.

El análisis mediante la matriz DAFO debe aportar respuestas sobre cuáles son los puntos fuertes, cuales son las áreas de oportunidad, los puntos de amenaza y las debilidades en el área de estudio.

La realización de un análisis DAFO permite conocer la situación del problema o tema que estamos estudiando y su posición tanto interna como externamente.

El objetivo de un análisis DAFO es ayudar a descubrir estrategias para poder mejorar la organización, minimizando las debilidades y amenazas y fomentando las fortalezas y oportunidades.

Una matriz DAFO tiene dos visiones:

- Visión interna: permite fijar las debilidades y fortalezas del proyecto
 - Debilidades: características del sistema que dificultan el crecimiento, calidad y desarrollo de la investigación sanitaria, ya que reducen su capacidad de respuesta y competitividad.
 - Fortalezas: características del sistema sobre las que basar el crecimiento, la proyección, y el desarrollo de la investigación sanitaria, ya que facilitan su capacidad de respuesta y competitividad
- Visión externa: permite fijar las oportunidades y amenazas que el entorno puede presentar al proyecto
 - Amenazas: factores o situaciones negativas externas al proyecto que le pueden perjudicar reduciendo o limitando el volumen de

la actividad, productividad y competitividad de la investigación sanitaria.

- Oportunidades: son aquellos factores positivos que se generan en el entorno y que una vez identificados pueden ser aprovechados.

ANALISIS INTERNO	ANALISIS EXTERNO
<u>DEBILIDADES</u>	<u>AMENAZAS</u>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Existencia de embarazo no deseado e IVES ➤ Aumento de ETS ➤ Escaso conocimiento sobre conductas de prevención 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diferencias culturales ➤ Presupuesto ajustado ➤ Disponibilidad de horario ➤ Contexto de crisis actual ➤ Contracción económica
<u>FORTALEZAS</u>	<u>OPORTUNIDADES</u>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atención individualizada en consulta ➤ Cercanía con los jóvenes, mensaje puede calar mejor ➤ Alto grado de capacitación profesional ➤ Predisposición del personal y de usuarios ➤ Confidencialidad ➤ Trabajo en equipo multidisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fácil acceso al centro ➤ Interés por parte de los jóvenes

A través de este análisis se identifica el problema con el que nos encontramos. Las Fortalezas y oportunidades deben ser cuidadas para la consecución de los objetivos. Las debilidades y amenazas deben ser tenidas en cuenta, deben estar en el horizonte y valorar su disminución y limitación, con el fin de minimizarlas.

La evaluación interna y externa y su reflexión nos lleva a la estrategia de acción, un Programa de Educación Sexual dirigido a los jóvenes.

5. PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL

Este proyecto consiste en la elaboración de un Plan en Educación, el cual consiste en la realización del diseño de un Programa en Educación Sexual dirigido a los jóvenes pertenecientes al área de Salud del CAM de Barañain.

Para la realización del Programa en Educación Sexual la bibliografía utilizada ha sido la siguiente (33-37):

López Sánchez F, et al. Educacion sexual de adolescentes y jovenes. Ed siglo XXI. Madrid 1995.

Libro que recoge un programa integrado de educación sexual dirigido a jóvenes. Está dirigido a educadores para poder desarrollarse con los jóvenes. Es fundamentalmente una serie de propuestas de actividades practicas relacionadas con la sexualidad. Además recoge explicaciones teóricas sobre la sexualidad en la adolescencia.

Ansa Ascunce A, BegueTorres,C, Cabodevilla Eraso I, Echauri Ozcoidi M, Encaje Iribarren S, Montero Palomares MJ, Segura Corretge M, Zubizarreta Marturet B. Guía de salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes. Sección de promoción de la salud. Instituto de Salud Publica. Departamento de Salud. ISBN: 84-235-1453-6.

Guía adaptada de la publicación anterior para trabajar con adolescentes, recoge una serie de indicaciones teóricas y propone un programa de actividades para fomentar la sexualidad entre los jóvenes.

Encaje S, Esteban C, Miqueo P, Ormaetxea K. Promocionando la salud sexual en el aula. Centros de Atención a la Mujer. Servicio Navarro de Salud.

Guía que recoge aspectos básicos para la formación del profesorado en materia de educación sexual y como trabajar con los jóvenes en la escuela. Formado por una serie de actividades para desarrollar en el aula.

kolodny RC, Masters WH, Johnson VE. Tratado de Medicina Sexual. Salvat Edictores 1983. (1-15). ISBN: 84-345-2039-7

Versión española de la obra original norteamericana Textbook of Sexual Medicine que recoge los principios de la Respuesta Sexual Humana según Masters y Johnson.

Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney, AF. Tratado de obstetricia y ginecología. MC Graw Hill. 9ª edición. (785-790) ISBN: 9701047095

Manual que recoge principios de anatomía genital así como el ciclo de la respuesta sexual fisiológica.

5.1. GRUPO DIANA Y LUGAR

El Programa de educación Sexual va enfocado a la población joven perteneciente al área de salud del Centro de Atención a la Mujer de Barañain.

La población será todas las personas comprendidas entre 14 y 24 años que acudan al Centro de Atención de la mujer de Barañain (CAM) durante 6 meses, comenzando en octubre de 2014 y finalizando en marzo de 2015.

5.2. CAPTACIÓN

La captación se realizará a través de las consultas de enfermería y educación del CAM, a estas consultas acuden a diario jóvenes buscando información por diversos motivos, el objetivo será derivarlos , si lo desean, a formar parte del Programa de Educación Sexual.

Se les debe informar que pueden acudir solos o con sus amistades y apuntarlas si están interesadas.

Además la asistencia va a ser confidencial, esto les puede animar a estar en un ambiente más cómodo.

Como motivación para la participación en el Programa, al finalizar la consulta se pedirá que en el buzón anónimo de la consulta se deposite un papel con las dudas que se tengan sobre el tema. Al finalizar el curso se mirarán y se debatirán con el fin de darles respuesta.

5.3. AGENTES DE SALUD

El plan de educación para la salud se va a enfocar desde una visión multidisciplinar.

Se va a realizar por el educador sanitario y el personal de enfermería del centro.

Las sesiones del Programa de Educación Sexual serán impartidas por ambos profesionales.

El educador se encargará de la sesión 1 y 3 y el personal de enfermería de la sesión 2 y 4.

5.4. RECURSOS

- ❖ Para el desarrollo del programa hará falta la sala de actividades del centro.
- ❖ Una pizarra con rotuladores, folios y bolígrafos.
- ❖ Ordenador y proyector.
- ❖ Caja de métodos anticonceptivos

5.5. CRONOGRAMA

La implantación del plan tendrá lugar en octubre de 2014. A partir de esta fecha a todos los jóvenes que acudan al centro se les informará de la posibilidad de apuntarse al Programa de Educación Sexual.

Cuando haya entre 10 y 15 jóvenes apuntados se realizará el curso. Este se organiza en 2 semanas, son en total 4 sesiones, las primeras sesiones se impartirán la primera semana y las dos últimas sesiones la segunda semana. Serán los martes y jueves a las 18:00 horas. Cada sesión tendrá una duración de aproximadamente una hora y media. La duración total del curso es de 2 semanas.

Tras finalizar el primer curso se seguirá repitiendo con la misma dinámica, cada vez que salga un grupo se realizará la implantación del Programa.

La duración de la captación serán 6 meses. Desde octubre de 2014 hasta marzo de 2015. La duración total será hasta la implantación del curso en el último grupo que salga.

5.6.CONTENIDO DEL PROGRAMA

Consiste en 4 sesiones, cada sesión se impartirá en una tarde.

❖ Sesión 1. Sexualidad

- ◆ Objetivos
- ◆ Actividad 1 . ¿Qué es la sexualidad?
- ◆ Actividad 2. Pinceladas sobre sexualidad
- ◆ Actividad 3 . Relaciones afectivo-sexuales

❖ Sesión 2. Anatomía y fisiología

- ◆ Objetivos
- ◆ Actividad 1. Aprendiendo anatomía
- ◆ Actividad 2. Aprendiendo fisiología

❖ Sesión 3. Respuesta sexual humana

- ◆ Objetivos
- ◆ Actividad 1. Piensa, siente, compara y vive
- ◆ Actividad 2. Mapa corporal

❖ Sesión 4. Sexualidad y prevención de riesgos

- ◆ Objetivos
- ◆ Actividad 1. Los métodos anticonceptivos
- ◆ Actividad 2. Las enfermedades de transmisión sexual
- ◆ Actividad 3. El Centro de Atención a la Mujer

SESIÓN 1. SEXUALIDAD (RESPONDE AL OBJETIVO: AMPLIAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD)

OBJETIVOS

- Adquirir un concepto más amplio de lo que se entiende por sexualidad
- Fomentar una actitud de cultivo de la sexualidad
- Ampliar el concepto sobre las relaciones afectivo sexuales

ACTIVIDAD 1. ¿QUE ES LA SEXUALIDAD?

OBJETIVO

Ampliar la visión del término sexualidad

METODOLOGÍA

Lluvia de ideas acerca de temas de sexualidad. Elaborar lista en pizarra.

Recurrir a diferentes entornos en los que se transmiten temas relacionados con la sexualidad:

- Escuela
 - ¿Que se ha contado en la escuela sobre sexualidad?
 - ¿Cuando se habla de sexualidad en la escuela?
 - ¿En qué asignaturas?
 - ¿En qué contexto se habla de sexualidad en la escuela?

Analizar las respuestas:

Generalmente se habla de reproducción, anatomía, no se tocan otros temas como el deseo, la masturbación, el placer.

La Ley Orgánica de Educación de 2006 (LOE 2006) hace una inclusión en materia afectivo sexual en la educación: "entre los fines de la educación resaltan el pleno desarrollo de la personalidad y las capacidades afectivas del alumnado, la formación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y de la igualdad efectiva de oportunidades entre hombres y mujeres, el reconocimiento de la diversidad afectivo-sexual así como la valoración crítica de las desigualdades que permita superar los comportamientos sexistas"(17). Por otro lado señala literalmente que se "debe conocer y valorar la dimensión de la sexualidad en toda su diversidad".

Sin embargo no especifica el programa, lo afronta con pinceladas desde la educación física y las ciencias naturales como el cuidado del cuerpo y los cocimientos según la biología. Además según la LOE cada centro docente desarrolla el currículo de las diferentes etapas y ciclos de manera autónoma así que la realidad depende de cada centro y del programa de educación que se tiene integrado (17).

➤ Calle

¿Qué se oye y se ve en la calle? Imágenes en WCs, paredes, mitos...

Analizar las respuestas:

Visión del coito como única expresión de sexualidad, rechazo a personas con sexualidad diferente, críticas a quien no se adapta al rol de belleza, lenguaje de la calle...

➤ Medios de comunicación

Recurrir a algo que se haya visto en la televisión, revistas, Internet...

DISCUSIÓN

Revisar la lista e ir analizando. Si los conceptos que aparecen representan una estrecha definición de sexualidad (coito, genitales, tener hijos) especificar que existe una definición más amplia. Si la lista representa una definición más amplia (imagen

corporal, roles sexuales, relaciones con los demás) hacer refuerzo positivo en el grupo e indicar que se ha comenzado muy bien (33).

Tras la primera actividad hablar sobre el concepto de sexualidad:

La sexualidad un concepto muy amplio el cual afecta a todo el cuerpo, es una característica que incluye el concepto biológico, psicológico y social de cada ser humano y existe en todas las etapas de la vida. Somos seres sexuados a lo largo de toda nuestra vida, esto incluye en la sexualidad un concepto de como sentirse con uno mismo y en las relaciones con los demás a cualquier nivel.

La sexualidad humana es una función de la personalidad que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte. Incluye como sentirse como persona, que se siente de ser mujer u hombre y como desenvolverse con los miembros del mismo sexo y del sexo opuesto.

Las funciones de la sexualidad son muy variadas, son parte de la vida cotidiana. Placer, la ternura, el cariño, la comunicación, los vínculos afectivos, etc...La sexualidad tiene que ver con los deseos, las emociones, el amor hacia uno mismo y hacia los demás. (33,34)

ACTIVIDAD 2. PINCELADAS SOBRE SEXUALIDAD

OBJETIVO

Ampliar la visión de la sexualidad

METODOLOGIA

Introducción a la actividad : Como ya se ha visto la sexualidad es un concepto difícil de definir.

Pizarra: "MÁS FÁCIL DECIR QUÉ NO ES LA SEXUALIDAD"

-No es algo malo, sucio ni feo

- No es solo los genitales

-No es algo exclusivo de ninguna edad

-No es algo exclusivo con fines reproductivos

EXPLICACIÓN

La sexualidad se ha rodeado de tabúes, desinformación y de miedos. Estos sentimientos negativos a veces inculcados desde la infancia y alimentados por el ambiente de manera inconsciente son causantes de muchos de las dificultades y problemas con las que se encuentran algunas personas al tratar de vivir su sexualidad.

Tras esta breve exposición se divide el concepto de sexualidad en 3 grandes bloques y se hace una lluvia de ideas acerca de lo que sugiere cada uno.

SEXO	SEXUALIDAD	ERÓTICA
------	------------	---------

Tras rellenar la pizarra se procede con la explicación teórica llamada:

PINCELADAS DE LOS CONCEPTOS (EXPLICACION-DEBATE) (33,34)

1.SEXO: En el bloque del sexo las palabras están relacionadas con el cuerpo, se nombrarán el sexo masculino y femenino.

El hecho de ser hombre o mujer viene determinado por el proceso biológico y va evolucionando con el paso del tiempo. Influye también el aspecto psicológico y el social.

La sociedad influye en establecer los roles de género y de identidad sexual de cada ser humano. Por ejemplo: la asignación del sexo al nacer se hace según los genitales.

Cada ser humano tiene que ir buscando su rol, ser hombre o mujer no establece como comportarse, cada uno debe ir elaborando su manera de ser y sentirse consigo mismo.

2.SEXUALIDAD: En el bloque de sexualidad decir que es el MODO o la vivencia con el que cada persona vive su propio sexo.

Hace referencia al modo de verse, sentir y vivir. No existe ni la sexualidad normal ni anormal, cada cual vive su sexualidad y la que desea cultivar, dentro de una ética de respeto.

Los seres humanos somos seres sexuados, tenemos un cuerpo sexuado en femenino o masculino el cual junto con otros factores psicológicos y sociales acabara formando cada personalidad única, es decir la identidad masculina o femenina con la correspondiente orientación del deseo (homosexual o heterosexual).

Una manera sana de vivir la sexualidad implica:

- Conocimiento, valoración y aceptación del propio cuerpo
- Aceptación del hecho de ser hombre o mujer, flexibilización de los roles, podemos expresarnos y desarrollarnos sin tener que ser sometidos a los patrones fijos de masculinidad o feminidad
- Adquisición de una concepción afectuosa y lúdica de la sexualidad.
- Entender que todas las personas somos diferentes y tenemos gustos diferentes.
- Desarrollar la capacidad de expresar los deseos y respetar a los demás.

Existen diferentes funciones de la sexualidad:

-Relacional: como forma de expresión de afecto y comunicación

-Recreativa: como juego y diversión

-Encaminada a la reproducción

3. ERÓTICA: En el bloque de la erótica decir que es la parte que tiene que ver con las conductas sexuales. La erótica significa ser capaces de experimentar sensaciones físicas placenteras a través de los cinco sentidos.

Cada persona tiene su propia erótica deseos y gustos diferentes. Va cambiando a lo largo de las etapas. Todo el cuerpo es erógeno, se debe hacer una descentralización de la visión coital de la sexualidad.

CONCLUSIÓN

La sociedad o cultura determina mediante normas qué papel debe ser cada uno como hombre o mujer (rol), cuáles deben ser sus sentimientos, gustos o deseos y como deben manifestarse. Si esto no coincide con cada experiencia personal puede ser frustrante para el individuo. Por lo cual solo aceptando esta gran variabilidad sexual se puede hablar de una sexualidad de calidad, la cual favorezca el equilibrio y el desarrollo personal. La manera de vivir la sexualidad en las diferentes etapas de la vida, va cambiando. Cada edad tiene su propia erótica.

El fomento de la aceptación de la sexualidad y el modo de vivirla de manera libre, así como entendiendo sus diferentes funciones se denomina una actitud de cultivo de la sexualidad a todos sus niveles.

ACTIVIDAD 3. RELACIONES AFECTIVO-SEXUALES

OBJETIVO

Ampliar el concepto de relaciones sexuales

METODOLOGÍA

Poner en la pizarra la **FICHA 1 del anexo 1 (34)**.

Dividir al grupo al grupo en subgrupos de 3 personas y que apunten de las indicadas lo que se considera una relación sexual. Además pueden aportar nuevas.

Tras 10 minutos exposición por grupos.

DISCUSIÓN

- Aclarar qué ha entendido el grupo en la frase lo hacen
- Desmitificar el coito como relación sexual por excelencia
- Cualquier tipo de conducta sexual deseada y consensuada es la relación sexual por excelencia en un momento y situación concreto.

SESIÓN 2. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

OBJETIVOS

- Conocer como son y cómo funcionan los genitales externos e internos tanto masculinos como femeninos
- Conocer la fisiología del ciclo menstrual y formación del semen

ACTIVIDAD 1. APRENDIENDO ANATOMÍA

OBJETIVO

Repasar y aumentar los conocimientos sobre anatomía y fisiología

METODOLOGÍA

Comenzar con una breve introducción:

Existen diferencias entre los chicos y las chicas, una de ellas es la diferenciación en los órganos genitales.

Aunque la sexualidad engloba un concepto amplio de todo el cuerpo humano ahora nos vamos a centrar en la visión de los genitales.

En primer lugar lluvia de ideas: ¿Que nombres se conocen para los genitales?

Además de los que surjan se deben conocer los nombres concretos.

Dividir al grupo en subgrupos de 3 personas y pasarles las fichas con las imágenes así como la de terminología. Poner nombres y funciones de cada zona. **Fichas 1,2,3,4,5 del Anexo 2 (35).**

Tras un tiempo de aproximadamente 10 minutos exponer los resultados y aclarar dificultades surgidas. Para ello poner cada ficha de una en una en el proyector, hacer una puesta en común entre todos.

EXPLICACIÓN (36,37)

A LA VEZ QUE SE HACE LA PUESTA EN COMUN. FICHA 1 y 2

Genitales femeninos:

Vulva: cada una única y diferente. Formada por los órganos sexuales externos.

-Pubis- Monte de Venus; cubierto de vellos a partir de la pubertad.

-Labios mayores: recubre los labios menores. También están cubiertos de vello. Color variable.

-Labios menores o ninfas: en la parte interna de los labios mayores, en algunos casos más pequeños, en otros salen por encima de los labios mayores. Tienen más terminaciones nerviosas, color más sonrosado. Aumentan de tamaño y se humedecen al ser estimulados.

-Capuchón del clítoris: los labios menores terminan en el capuchón en forma de A, este envuelve el glande del clítoris.

-Clítoris: es órgano eréctil complejo que el cual tiene una parte externa y otra interna (el cuerpo del clítoris)

Externa: el capuchón, el glande y el tallo. (Se ve externamente)

Interna: el bulbo esponjoso y el cavernoso, el músculo pubocóccigeo, la esponja uretral y la esponja perineal. (No se ve)

El clítoris es un órgano muy sensible, con muchas terminaciones nerviosas y sensitivas. En el momento de la excitación se llena de sangre aumentando su tamaño.

-Glándulas de Bartholino: están debajo de los labios menores, no se ven, se disponen una en cada lateral de la entrada vaginal o introito. Son las encargadas de lubricar la entrada vaginal, si la salida se obstruye se pueden inflamar y producir una Bartolinitis.

-Meato urinario: por donde se orina

-Introito vaginal o entrada a la vagina: es elástica, lo primero que se ve es el himen el cual es una membrana flexible y mas o menos elástica. Cada mujer puede tener un himen diferente. Puede tener un tabique en medio o estar perforado. Este permite el paso del flujo menstrual y la colocación de tampones. En las primeras relaciones coitales se rasga, a veces puede molestar o sangrar algo, es normal.

Vagina: mide de 7-10 cm, tiene forma de tubo, tapizada con mucosa y es muy elástica. El tercio externo es el más sensible.

Al fondo de la vagina esta el cérvix o cuello de útero, es como un "bolo" con un orificio cervical muy pequeño que es lo que se dilatará en el momento del parto para que salga el bebe, es la comunicación del útero con la vagina. De esta zona se cogen las citologías en las revisiones ginecológicas.

La vagina tiene flujo que contiene flora vaginal, la cual la defiende de infecciones. Es normal tener flujo, además este va cambiando a lo largo del ciclo menstrual.

Útero o matriz tiene forma de pera, tiene dos capas el miometrio o externa y el endometrio o interna (se desprende al final de cada ciclo y es la menstruación). En el útero anida el embarazo si se da.

Trompas de Falopio: alargadas y terminan en forma de embudo, atrapan el óvulo. En ellas se da la fecundación del óvulo con el espermatozoide.

Ovarios: producen hormonas femeninas, junto con el sistema hipófisis-hipotálamo son las encargadas de regular el ciclo hormonal de la mujer.

FICHAS 3, 4 y 5

Genitales masculinos:

Bolsas escrotales: cubiertas de vello, envuelven los testículos.

Pene: formado por 3 partes, raíz (extremo posterior, fijado a la pared de la pelvis), cuerpo (cilindro) y glande. El glande está cubierto por el prepucio. Si el prepucio tapa demasiado al glande y este no se descubre totalmente se llama fimosis (se puede operar).

Formado por cuerpos eréctiles, a su vez se divide en cuerpo esponjoso y cavernoso. El pene esta recorrido por vasos sanguíneos y nervios. En la excitación sucede como con el clítoris, estos cuerpos se llenan de sangre y aumenta de tamaño, produciendo una erección. Se observa que el clítoris y el pene son similares en cuanto a su composición.

Nota: aclarar conceptos, aprovechar para desmitificar coito como única fuente de placer para las mujeres, la vagina no es órgano de excitación en una mujer.

Frenillo: entre el meato urinario y la parte inferior del glande, a veces puede tirar en la erección, se soluciona fácilmente con una intervención.

Meato urinario, se encuentra en el glande, abertura por donde sale la orina.

Testículos: gónadas masculinas que forman la testosterona y los espermatozoides. los espermatozoides maduran en el epidídimo y luego ascienden por los conductos deferentes y se depositan en las vesículas seminales las cuales contienen líquido seminal. Cerca esta la próstata la cual segrega sustancias necesarias para los espermatozoides.

Las glándulas de Cowper están situadas debajo de la próstata y segregan un líquido transparente que se vacía en la uretra para neutralizar los restos de orina. Esta emisión se da antes de la eyaculación y contiene espermatozoides vivos. Por lo cual existe riesgo de embarazo si hay penetración aunque no se haya eyaculado.

La uretra es el conducto que une la vejiga con el meato urinario, sale tanto el semen como la orina.

Tras la explicación resolver dudas finales.

ACTIVIDAD 2. APRENDIENDO FISIOLOGÍA

OBJETIVOS

Conocer el ciclo menstrual de la mujer y la formación del semen en el varón

METODOLOGÍA

Comenzar con una breve introducción:(36,37)

Existe una gran desinformación acerca del ciclo menstrual, dando lugar a gran cantidad de mitos, los cuales en esta actividad deben de tratarse y aclararse, ya que con frecuencia son fuente de problemas. Hay que aclarar que la menstruación es un

fenómeno natural que se da a partir de la pubertad o madurez y hay que quitar la concepción de que es algo oscuro o impuro.

El conocimiento del ciclo menstrual sirve también para que posteriormente al explicar los métodos anticonceptivos se comprendan mejor y el funcionamiento de como se da un embarazo quede claro, ya que al ser conscientes de ello mejoraran sus actitudes hacia la prevención de riesgos. Es un buen momento para insistir en la responsabilidad que conlleva ser consecuentes con las acciones y los hechos que lleven a cabo.

Por otro lado, al comenzar a explicar la formación del esperma, es buen momento para introducir conceptos y eliminar mitos sobre el semen. Además así los chicos tomarán conciencia de que el semen tiene capacidad reproductora por lo tanto deben de ser tan responsables como las chicas en el momento de tener relaciones coitales. La planificación es un tema de dos.

Tras la breve introducción comenzar con una lluvia de ideas sobre lo que se conoce acerca del ciclo menstrual en la mujer y la producción del semen en el hombre.

EXPLICACIÓN Y DISCUSIÓN

En la madurez o pubertad los ovarios empiezan a liberar un ovulo cada 25-35 días, cuando comienza este proceso de ovulación comienzan también los ciclos menstruales y la capacidad de quedarse embarazada. Si un óvulo es liberado y no fecundado por un espermatozoide será desechado junto con la menstruación.

En la madurez o pubertad de los chicos los testículos comienzan a producir y almacenar espermatozoides, cuando se produce una eyaculación millones de espermatozoides son liberados y salen junto con el liquido que compone el semen . El semen está compuesto por liquido prostático, liquido seminal y espermatozoides.

EL CICLO MENSTRUAL: es un conjunto de fenómenos que suceden en un tiempo determinado. Siempre el comienzo del ciclo será el primer día de la regla. (IMAGEN 1 EN EL PROYECTOR).

Viene regulado por el sistema hipotálamo hipófisis. La hipófisis es una glándula que se encuentra en el cerebro, es la que manda la producción de hormonas que se transportan en la sangre. Empieza a segregar hormona FSH (folículo estimulante) que influye en los ovarios. Al influir en el ovario este empieza a madurar un folículo en el que en su interior se encuentra el ovulo. Este folículo desarrolla estrógenos que influyen en el útero donde empezara a crecer el endometrio.

Pasados más o menos 14 días la hipófisis segrega otra hormona, la LH cual será responsable de que salga el ovulo del folículo que ha crecido y se de el fenómeno de la ovulación. El óvulo será absorbido por la trompa. Si se junta con un espermatozoide se puede dar el fenómeno de fecundación, si tras pasar un tiempo determinado no se da el ovulo muere y se elimina. Esta hormona también hace que en los ovarios se de la producción de progesterona, la cual hace que el endometrio siga proliferando, en caso de que se dé el embarazo ayudara a mantenerlo. Finalmente si no se ha dado embarazo se produce un freno en la producción de hormonas y el endometrio se descama provocando así la regla o menstruación.

Esto va acompañado por otros cambios corporales los cuales alguna mujeres experimentan con mayor o menor intensidad. Algunos son elevación de la T^a en la ovulación, cambio de flujo menstrual según la etapa del ciclo, molestia en el pecho, o incluso algunas mujeres notan cambios a nivel psicológico. todo puede entrar dentro de la normalidad.

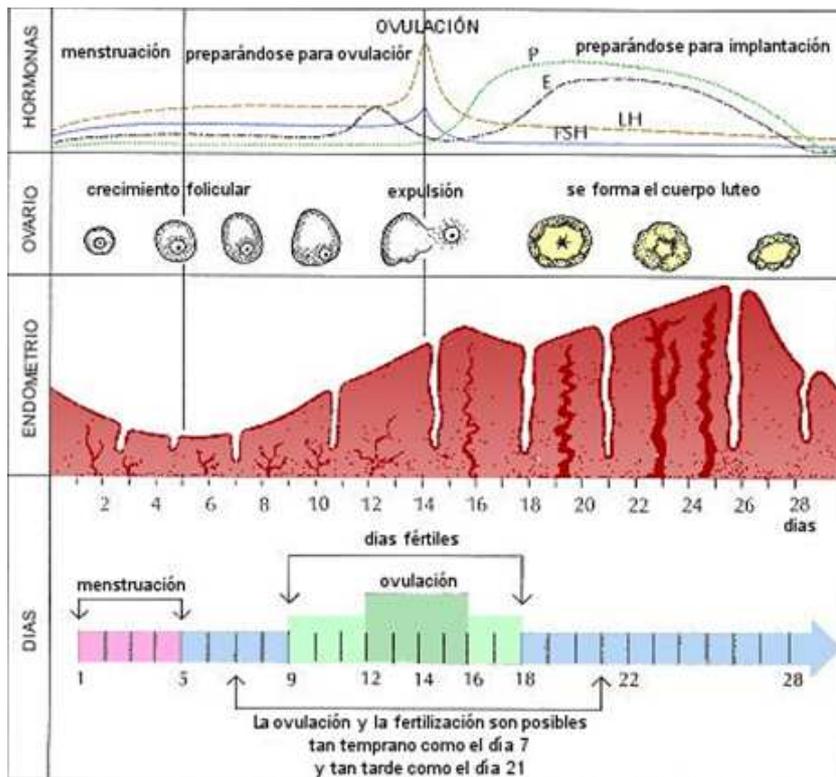


IMAGEN 1. FUENTE SOCIEDAD ARGENTINA DE GINECOLOGIA INFANTO-JUVENIL

ACLARACIONES SOBRE LA MENSTRUACIÓN

-Ciclos regulares, el intervalo de días entre regla y regla oscila en las mujeres. Se da como normal ciclos entre 2-35 días. Se da como irregularidad variaciones muy grandes en los ciclos, algunos muy cortos, otros muy largos.

El ciclo se puede alterar por muchos motivos, nervios, viajes, enfermedades, medicamentos, exámenes. Si no hay riesgo de embarazo no hay porque preocuparse.

-Fluido menstrual: contiene flujo, células, enzimas, pero fundamentalmente es endometrio. Puede ser rojo y a veces al principio o final marrón, esto es mas porque pasa tiempo hasta que sale al exterior. Puede ser muy abundante y durar mucho o escasa y durar menos. A veces hay coágulos, esto es porque si es abundante se coagula para evitar hemorragias. La cantidad y duración no tiene que ver con la fertilidad.

-Dolor en la regla se llama dismenorrea, es frecuente a veces va acompañado de vómitos, diarreas, dolor de cabeza. En un 80% de los casos no se debe a ninguna causa.

Mitos: Se han pasado de voz en voz. Para hablar de estos mitos se puede pedir la colaboración del grupo. Se pueden incluir mitos sobre la menstruación y sobre el esperma.

Desmitificar lo que va surgiendo y es erróneo y fomentar actitudes y conocimientos correctos.

CONCLUSIÓN

Hoy en día existe información sobre los fenómenos que se dan en la pubertad tales como la menstruación o las eyaculaciones, sin embargo también se sigue lanzando mensajes erróneos y sobre todo mitos.

Tener eyaculaciones se ve como un símbolo de virilidad y ser capaz de, ya se es un hombre y comenzar a menstruar se relaciona con ser una mujer y poder ser madre, por lo tanto además de esto se debe ser responsable y tener una actitud de cultivo de la sexualidad para poder disfrutar de ella sin tener riesgos relacionados. El ampliar el conocimiento reforzará las actitudes.

SESIÓN 3. RESPUESTA SEXUAL HUMANA (RESPONDE AL OBJETIVO: AMPLIAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD)

En la respuesta sexual humana no se puede limitar a ver el aspecto puramente fisiológico, se deben tratar otros aspectos, como el tener en cuenta al otro y dar y recibir placer. Debe quedar claro que el coito heterosexual no es la única forma de respuesta sexual, también puede producirse mediante otras formas de estimulación y que el orgasmo simultáneo no es sinónimo de la relación sexual perfecta.

Puede resultar interesante transmitir que cualquier disfunción de la respuesta sexual humana se puede tratar, se le debe restar importancia y no magnificarla, ya que su aparición es escasa y se puede resolver. Se debe transmitir que pueden aparecer episodios puntuales sin que ello deba provocarles ansiedad, evitando así que se haga crónico. Además la existencia de mitos en este terreno puede seguir provocando ansiedad ante la respuesta sexual humana y hacer la vivencia de la sexualidad de los jóvenes algo frustrante (36,37).

OBJETIVOS

- Conocer la respuesta sexual humana
- Descubrir la erótica, capacidad corporal de sentir

ACTIVIDAD 1. PIENSA, SIENTE , COMPARA Y VIVE

OBJETIVOS

Tomar conciencia de la dificultad de concretar y expresar las sensaciones que se viven en cada fase de la respuesta sexual

Reconocer la propia vivencia personal de estas sensaciones

Desmitificar el concepto de orgasmo

METODOLOGÍA

Dividir al grupo en dos subgrupos y entregarles las fichas de las tres fases de la respuesta sexual humana: deseo, excitación, orgasmo. **Fichas 1,2 y 3 del Anexo 3.**
(35)

Tras entregar las fichas dejar 30 minutos para que respondan las cuestiones. Tras ello se hará una puesta en común.

Para ello los dos grupos deben describir cada fase y posteriormente responder a estas cuestiones a modo de debate:

¿hay diferencias entre chicas y chicos?, ¿coinciden las sensaciones?, ¿las personas de un sexo comprenden a los del otro?

¿hay algunos pensamientos que dificultan la vivencia del otro? Por Ej.: "el que pensaré", etc...

Tras la actividad explicación teórica incorporando lo trabajado en la puesta en común.

EXPLICACIÓN DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA (34,36,37). ASPECTOS A TENER EN CUENTA:

-La respuesta sexual no solo se produce mediante el coito heterosexual, también se da bajo otras formas de estimulación

-Existe necesidad de tener en cuenta al otro en toda relación sexual, derecho a dar y recibir placer

-El orgasmo simultaneo no es sinónimo de coito perfecto, cada persona tiene su ritmo

-La respuesta sexual puede variar según el ambiente, las circunstancias, los miedos, las tensiones....No siempre tiene porque ser igual.

Pensar o recordar algo que en alguna situación os excito o produjo sensación agradable y placentera. Quizá ese mismo estímulo en otro momento no os haya producido la misma sensación. Esto sucede porque hay veces que el cuerpo está más receptivo a los estímulos que otras veces.

Estos estímulos externos o internos son lo que producirá la respuesta sexual humana.

1. Deseo: Todos y todas tenemos deseo sexual, es algo variable dependiendo de las circunstancias. Comentar los cambios que han salido anteriormente.

2. Excitación: esta fase puede ser muy variable, empezar lentamente o no y durar mucho o poco tiempo. Se dan varios cambios en el cuerpo:

MUJERES:

- lubricación vagina, se alisan las paredes de la vagina
- humedecen labios menores, aumentan de tamaño, cambian tonalidad
- útero en elevación
- aumento del tamaño de los senos
- segregación lubricación por glándulas de bartolino
- el clítoris aumenta de tamaño

HOMBRES

- vaso congestión, pene aumenta de tamaño, erección
- elevación de los testículos
- lubricación de las glándulas de cowper

COMUNES

- aumento del ritmo cardíaco
- aumento de la respiración
- rubor sexual
- tensión muscular
- aumento de la tensión articular

3. Orgasmo: en las chicas se dan una serie de contracciones rítmicas y simultáneas en el útero, y la vagina. En los chicos se dan una serie de contracciones que provocan la eyaculación. En ambos casos se produce una liberación de la tensión acumulada.

Es una sensación subjetiva en cada persona, se puede vivir y expresar de forma diferente.

- El orgasmo produce liberación de tensión y sensaciones agradables pero no hay que obsesionarse con ello. Es mejor disfrutar de cada momento sin plantearse ninguna meta.
- El orgasmo no tiene que ser la meta en las relaciones. Lo que se transmite en los medios de comunicación no es cierto, en todas las películas se dan relaciones con penetración heterosexuales y con orgasmo simultáneo. (Ojo a las ansiedades que esto puede producir) Se debe desmitificar el orgasmo simultáneo.
- Cada uno tiene un ritmo diferente en cada circunstancia y una respuesta sexual diferente.
- El orgasmo vaginal o el orgasmo clitoriano. Es el mismo tipo de orgasmo, se da por estimulación del clítoris, bien directa o indirectamente (en la penetración se produce además roce del clítoris). Recordar que el clítoris es el que contribuye activamente a la consecución del orgasmo.

4. Fase de resolución: tras la liberación de la tensión acumulada llega la calma, la zona genital vuelve a la normalidad, al igual que el resto del cuerpo.

5. Periodo refractario: se da en los chicos, no pueden tener orgasmos seguidos, necesitan un periodo el cual varía de unos a otros.

No se trata de tener muchos orgasmos o pocos, se trata de sentirse cómodo o cómoda en cada relación sexual y disfrutar de las sensaciones, siempre bajo el respeto y el consenso hacia la pareja y con actitudes de responsabilidad.

ACTIVIDAD 2. MAPA CORPORAL

OBJETIVOS

Tomar conciencia de la importancia de los sentidos en la erótica

Desmitificar el coito como única forma de relación sexual

METODOLOGÍA

Se hace un dibujo del cuerpo humano y se deben ir marcando las diferentes zonas erógenas.

Se pretende que hacer ver que unas zonas son mas erógenas pero que puede variar con de una persona a otra, dependerá de los gustos y preferencias de cada uno.

Hay que hacer ver que todo el cuerpo es sensible y receptivo, fomentar los sentidos. Cada persona puede provocar sensaciones diferentes y cada uno tiene la capacidad de descubrir la erótica corporal.

Se puede poner de ejemplo el mapa corporal, cada cuerpo es un mapa geográfico y no siempre se va a los mismos lugares, a veces hay que descubrir nuevos sitios. El cuerpo es como un mapa donde se pueden descubrir nuevas sensaciones.

La erótica de cada persona es muy variada y cada uno debe descubrirla y conocerla.

(35)

SESIÓN 4. SEXUALIDAD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS

La sexualidad es una dimensión humana que ofrece múltiples posibilidades: placer, comunicación, afectos, etc. Puede ir asociada a riesgos importantes si se carece de información y no se es consecuente y responsable con los actos.

En la adolescencia y juventud se comienza a reaccionar ante determinados estímulos con sensaciones que se identifican puramente como sexuales. Es en esta etapa donde se especifica la orientación sexual, las atracciones y las sensaciones. A veces coge

por sorpresa y se necesita un periodo de adaptación para integrarlo en la personalidad.

Como ya se ha dicho la sexualidad es algo que merece la pena cultivar para vivir de una manera sana el desarrollo personal, pero a veces, conlleva ciertos riesgos para la salud que pueden ser evitados con medidas preventivas.

Sufrir uno de estos riesgos puede conllevar problemas personales, familiares y sociales, por ello, para que la sexualidad no vaya unida a la idea de peligro es fundamental formar para evitar esos riesgos.

Mediante estas actividades no se va a tocar el tema de la respuesta sexual humana ni la educación ni la afectividad. Se va a trabajar la prevención de de embarazos no deseados y la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) (34).

OBJETIVOS

- Conocer los diferentes métodos anticonceptivos y como se utilizan
- Conocer las diferentes enfermedades de transmisión sexual y su prevención
- Conocer los Centros de Atención a la Mujer

ACTIVIDAD 1. LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. (RESPONDE AL OBJETIVO: AMPLIAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS)

OBJETIVOS

Aumentar la información sobre métodos anticonceptivos

Desmitificar creencias erróneas sobre anticoncepción

METODOLOGÍA

Comenzar con la siguiente explicación (35):

El riesgo de embarazo no deseado se puede evitar con buena información y aprendiendo a tener conductas eficaces. Es necesario ser capaz de prever y aceptar que se puede ser sexualmente activo, saber buscar opciones anticonceptivos y también saber decir no o decir sí cuando hay que hacerlo.

Posteriormente hacer una ronda en la que cada uno irá diciendo un método anticonceptivo que conozca, sin repetir los ya nombrados. Se va anotando en la pizarra y se va aclarando lo que va surgiendo.

Posteriormente se pone la presentación sobre anticoncepción. **(Anexo 4)**

A la vez se saca la caja donde hay muestras de los diferentes métodos anticonceptivos y se van pasando por el grupo a la vez que se explican.

ACTIVIDAD 2. LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS) (RESPONDE AL OBJETIVO: AMPLIAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE ETS)

OBJETIVOS

Conocer las diferentes ETS y su prevención así como desmitificar la información errónea.

Fomentar el uso del preservativo

METODOLOGÍA

Comenzar explicando que las enfermedades de transmisión sexual o enfermedades venéreas son las que se transmiten a través del contacto sexual con personas del mismo o diferente sexo.

Realizar la misma dinámica que en la actividad 1, ronda en la que cada uno dice una ETS que conozca, ir haciendo aclaraciones. Posteriormente se pone la presentación teórica sobre las ETS. **(Anexo 5)**

Tras la charla se finaliza fomentando el uso del preservativo. Se pasan preservativos y se enseña cómo se colocan.

Información a los asistentes sobre la disponibilidad total de preservativos de manera gratuita en el centro. Pueden pasar a recoger en cualquier Centro de Atención a la Mujer.

ACTIVIDAD 3. EL CENTRO DE ATENCION A LA MUJER (RESPONDE AL OBJETIVO: FOMENTAR EL ACCESO AL CAM)

OBJETIVO

Conocer los servicios que ofrece un Centro de Atención a la Mujer (35)

METODOLOGÍA

Para finalizar la sesión se hará una visita al centro, se enseña la consulta de ginecología, la consulta de matrona, la consulta de enfermería y la de educación. Explicar que se realiza en cada consulta y se van aclarando dudas con el fin de favorecer el acceso al centro.

Información sobre los motivos de acceso: se puede acudir siempre que se desee si se quiere información sobre:

- sexualidad
- métodos anticonceptivos
- fisiología de la mujer y del hombre
- píldora postcoital
- embarazo y parto
- interrupción voluntaria del embarazo
- enfermedades de transmisión sexual
- información del VIH

O si se necesita atención ginecológica:

- control de métodos anticonceptivos
- diagnóstico y prevención del cáncer ginecológico (Programa prevención cáncer de cuello de útero)
- enfermedades de transmisión sexual
- embarazo
- esterilidad
- menopausia

Se aconseja pedir cita previa en admisión.

Para finalizar se vuelve a la sala y se dan folletos para ampliar la información.

Como parte final se abrirá el buzón anónimo de las consultas y se resolverán las dudas.

RECURSOS QUE SE PUEDEN OBTENER. FOLLETOS

- Anticoncepción. Servicio Navarro de Salud/ Osasunbidea. Distribuyen los Centro de Atención a la Mujer
- Infecciones de Transmisión Sexual. Servicio Navarro de Salud/ Osasunbidea. Distribuyen los Centro de Atención a la Mujer
- Salud y Sexualidad. Servicio Navarro de Salud/ Osasunbidea. Distribuyen los Centro de Atención a la Mujer

5.7. EVALUACIÓN

Es necesario evaluar el Programa de Educación Sexual, para ello se va a realizar una evaluación continua y una evaluación de su eficacia.

La **evaluación continua** se debe realizar de manera sistemática para adecuar el proceso educativo a las necesidades de cada grupo.

En primer lugar se debe valorar la respuesta del grupo en cada sesión. Se debe valorar su participación, bien formulando preguntas o pidiendo temas y el interés y motivación, mediante el clima de trabajo y el nivel de dialogo entre el grupo y el moderador.

En segundo lugar se debe evaluar al moderador valorando las intervenciones y exposiciones realizadas, dirección de la actividad grupal e interacción y relación con el grupo. (**Ficha 1 del anexo 6**)

Valorar estos aspectos puede aportar información sobre la toma de decisiones que podría ser conveniente seguir a la hora de introducir cambios en el Programa para optimizarlo.

La **evaluación del Programa** se va a realizar mediante encuesta.(**Ficha 2 y 3 del anexo 6**).

Antes de comenzar la primera sesión se pasará una encuesta para valorar los conocimientos sobre el tema, tras finalizar el Programa se repetirá la encuesta y se compararán los resultados.

6. JUSTIFICACIÓN

ÉTICA

Según Rascón et al (38) “el modo de transmitir la información, además de los contenidos, conlleva una gran carga ética, que presumiblemente influirá en los comportamientos sexuales posteriores de los receptores de estos”.

Debido a que nos encontramos con menores, la aplicación de este proyecto deber ser previamente sometida un Comité de Bioética, así como contar con la Elaboración de un Consentimiento Informado.

7. CRONOGRAMA

ELABORACIÓN

DEL PROYECTO

- ❖ La elección del tema y la búsqueda de información así como la bibliografía relacionada se realizó entre los meses de Marzo y Junio de 2014.
- ❖ En Julio de 2014 se realizó la elaboración del Programa de Educación Sexual
- ❖ En Agosto de 2014 se realizó la redacción del trabajo.

8. DISCUSIÓN

Este diseño pretende la aprobación de un plan en educación para salud, el cual consiste en un Programa de Educación Sexual dirigido a jóvenes del área de Salud del CAM de Barañain. Este Programa tiene como objetivo principal el mejorar los conocimientos en materia de sexualidad de los jóvenes.

Según la evidencia este tipo de programas de intervención son eficaces. El plan que se presenta tiene como punto fuerte que el acceso a la consulta en un primer momento va a ser de manera voluntaria por motivos personales.

Los jóvenes muestran gran interés en los temas que conciernen este proyecto cuando pueden hablar de ellos en un ambiente cómodo y de confianza como es la consulta. Aprovechando esta situación se va a facilitar el acceso al Programa con argumentos positivos y de refuerzo.

Se debe transmitir que no va a consistir en una sesión de charlas y reforzar que van a ser sesiones prácticas. Los temas van a ir enfocados a sus intereses y con total disponibilidad a sus peticiones. Además pueden venir acompañados de sus amistades para mejorar el ambiente (los adolescentes dan importancia a su entorno).

Por otro lado, se debe transmitir la idea de que todo lo que se hable en las sesiones va a ser confidencial. En otros ambientes es posible que sientan miedo a poder hablar y expresarse según deseen.

Otro punto fuerte del Programa es que se va fomentar el acceso al CAM, los jóvenes a menudo pueden estar en situaciones que les supongan dudas o temores, de esta manera, ante cualquier consulta van a saber que pueden acudir al centro para hablar de ello y resolverlos. Además se va a fomentar, mediante su explicación, la importancia de acudir a los controles ginecológicos de prevención del Cáncer de Cérvix.

El proyecto tiene como debilidad que no se sabe cuántos grupos van a salir para implantar el Programa ni en cuantas ocasiones se va a realizar. Se va a ir impartiendo sobre la marcha, dependiendo de la captación y de los grupos que se van consolidando.

Finalmente destacar que la elaboración de este Programa va a fomentar el registro de datos por parte del personal que lo lleve a cabo para poder realizar la evaluación del mismo y del mismo modo, mediante el registro, permitir abrir las investigaciones aquí tratadas.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Ginebra.
2. World Asociación of Sexología (WAS), Declaración universal de los derechos sexuales .Congreso Mundial de Sexología Hong Kong (1999). (http://www.sexology.it/declaracion_derechos_sexuales.html)
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación Familiar. Nota descriptiva N°351 . Mayo de 2013.
4. Organización Mundial de la Salud. VIH (OMS). Nota descriptiva N°360. Octubre de 2013.
5. Organización Mundial de la salud (OMS). Infecciones de Transmisión Sexual. Nota descriptiva N°110. Noviembre de 2013.
6. Organización Mundial de la Salud. Riesgo para la Salud de los Jóvenes. Nota descriptiva N°345. Agosto de 2011.
7. Instituto de la Juventud (INJUVE). Salud y Sexualidad. Sondeo de opinión y situación de la gente joven EJ132. 2008.
8. Instituto de la Juventud (INJUVE). Jóvenes y Diversidad Sexual. Sondeo de opinión. EJ149. 2010.
9. Instituto de la Juventud (INJUVE). Informe Juventud España 2008, IJE2008.
10. Instituto de la Juventud (INJUVE). Informe Juventud España 2012, IJE 2012.
11. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2011.

12. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Sistema de Información sobre nuevos diagnósticos de casos de VIH. Registro Nacional de casos de SIDA. Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en España. Junio 2013.
13. Instituto de Salud Pública de Navarra. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2007. Boletín Informativo. Nº 60. Diciembre 2010
14. Instituto Navarro de la Juventud. Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte. Gobierno de Navarra. Informe Juventud Navarra 2008.
15. Instituto Navarro de la Juventud. Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte. Gobierno de Navarra. Informe Juventud Navarra 2012.
16. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE num 55. Marzo 2010.
17. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de Mayo de Educación. BOE num 106. Mayo 2006.
18. Decreto foral 259/1997, de 22 de septiembre, por el que se establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en tocoginecología y en planificación familiar. Publicado en el Boletín Oficial de Navarra de 8 de octubre de 1997.
19. Kim N, Stanton B, Li X, Dickersin K, Galbraith J. Efectividad de las 40 intervenciones para la reducción del riesgo del SIDA en adolescentes: revisión cuantitativa. *Journal of Adolescent Health* 1997; 20(3): 204-215
20. Yamada J, DiCenso A, Feldman L, Cormillott P, Wade K, Wignall R, Thomas H. Una revisión sistemática de la efectividad de los programas de prevención primaria para prevenir las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. Dundas, ON, Canada: Ontario Ministry of Health, Region of Hamilton-Wentworth, Social and Public Health Services Division. Effective Public Health Practice Project. 1999

21. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(4):Cd005215
22. Yarber WL, Parrillo AV. Adolescents and sexually transmitted diseases. *J Sch Health*. 1992;62(7):331-8.
23. Gonzalez Hernando C, Sanchez-Crespo Bolanos JR, Gonzalez Hernando A. Comprehensive sexual and contraceptive education for young people. *Enferm Clin*. 2009;19(4):221-4.
24. Álvarez de la Cruz Caridad. Comunicación y sexualidad. *Enferm. glob.* .2010 Jun; (19)
25. Garcia Vega EM, Puigvert Viu N. Sexual transmission infections. *Rev Enferm*. 2010;33(4):42-6.
26. Fajardo Villarroel Aurora. Estrategia de intervención para el cuidado de los/as adolescentes en salud sexual y reproductiva. Policlínico "Dr. Carlos J. Finlay": Marianao, 2009. *Enferm. glob.* 2011 Ene; 10(21).
27. Hadley A, Evans DT. Teenage pregnancy and sexual health. *Nurs Times*. 2013;109(46):22, 5-7.
28. Dinaj-Koci V, Lunn S, Deveaux L, Wang B, Chen X, Li X, et al. Adolescent Age at Time of Receipt of One or More Sexual Risk Reduction Interventions. *J Adolesc Health*. 2014.
29. Yoost JL, Hertweck SP, Barnett SN. The Effect of an Educational Approach to Pregnancy Prevention Among High-Risk Early and Late Adolescents. *J Adolesc Health*. 2014.
30. Romero de Castilla Gil RJ, Lora Cerezo MN, Canete Estrada R. Adolescents and

sources of sex information: preferences and perceived usefulness. Aten Primaria. 2001;27(1):12-7.

31. Rebull J, Reverté M, Piñas I, Ortí A, González L, Contreras E. Evaluación pre-post de una actividad preventiva de la infección por VIH dirigida a adolescentes de las comarcas del sur de Tarragona. Rev. Esp Salud Pública. 2003; 77: 373-82.

32. Callejas Pérez S, Fernández Martínez B, Méndez Muñoz P, León Martín M.T, Fábrega Alarcón C, Villarín Castro A et al . Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. Rev. Esp. Salud Publica..2005 Oct.; 79(5):581-589.

33. López Sánchez F, et al. Educacion sexual de adolescentes y jovenes. Ed siglo XXI. Madrid 1995. ISBN: 84-3230871-4

34. Ansa Ascunce A, BagueTorres C, Cabodevilla Eraso I, Echauri Ozcoidi M, Encaje Iribarren S, Montero Palomares MJ, Segura Corretge M, Zubizarreta Marturet B. Guía de salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes. Sección de promoción de la salud. Instituto de Salud Publica. Departamento de Salud. ISBN: 84-235-1453-6.

35. Encaje S, Esteban C, Miqueo P, Ormaetxea K. Promocionando la salud sexual en el aula. Centros de Atención a la Mujer. Servicio Navarro de Salud.

36. kolodny RC, Masters WH, Johnson VE. Tratado de Medicina Sexual. Salvat Edictores 1983. (1-15). ISBN: 84-345-2039-7

37. Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney, AF. Tratado de obstetricia y ginecología. MC Graw Hill. 9ª edición. (785-790) ISBN: 9701047095

38. Jara Rascón J, Alonso Sandoica E. Valoración ética de los programas de salud sexual en la adolescencia. Cuad. Bioét. XXII, 2011/1ª.

10. ANEXOS

ANEXO 1

FICHA 1. ¿QUE ES ESO DE LAS RELACIONES AFECTIVO-SEXUALES?

Cuando dos personas se gustan o están enamoradas:

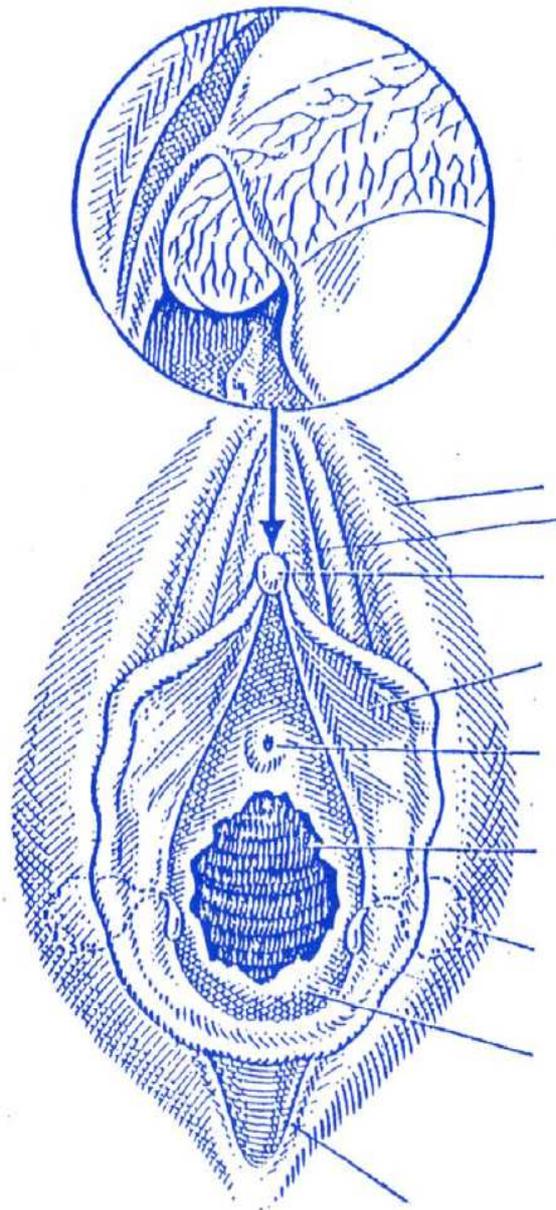
1. Pasean agarrados de la mano
2. Hacen "manitas"
3. Se van a un sitio tranquilo y lo hacen
4. Se besan
5. Se "achuchan en el portal"
6. Escuchan música abrazados
- 8.....
- 9.....
- 10.....

ANEXO 2

FICHA 1. GENITALES FEMENINOS

Anatomía y fisiología sexual

FICHA

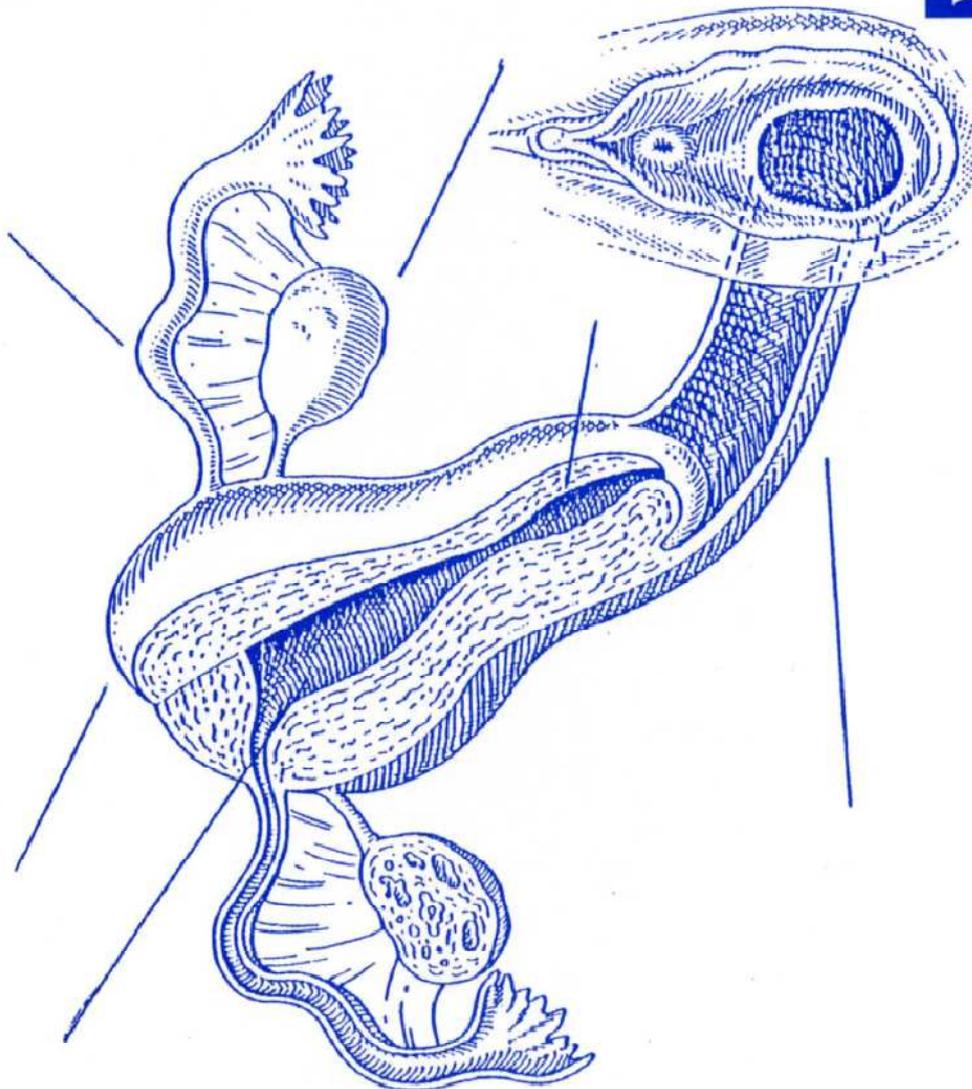


A) Organos genitales externos femeninos

Fuente: Atlas de ilustraciones para la enseñanza

FICHA 2. GENITALES FEMENINOS

FICHA

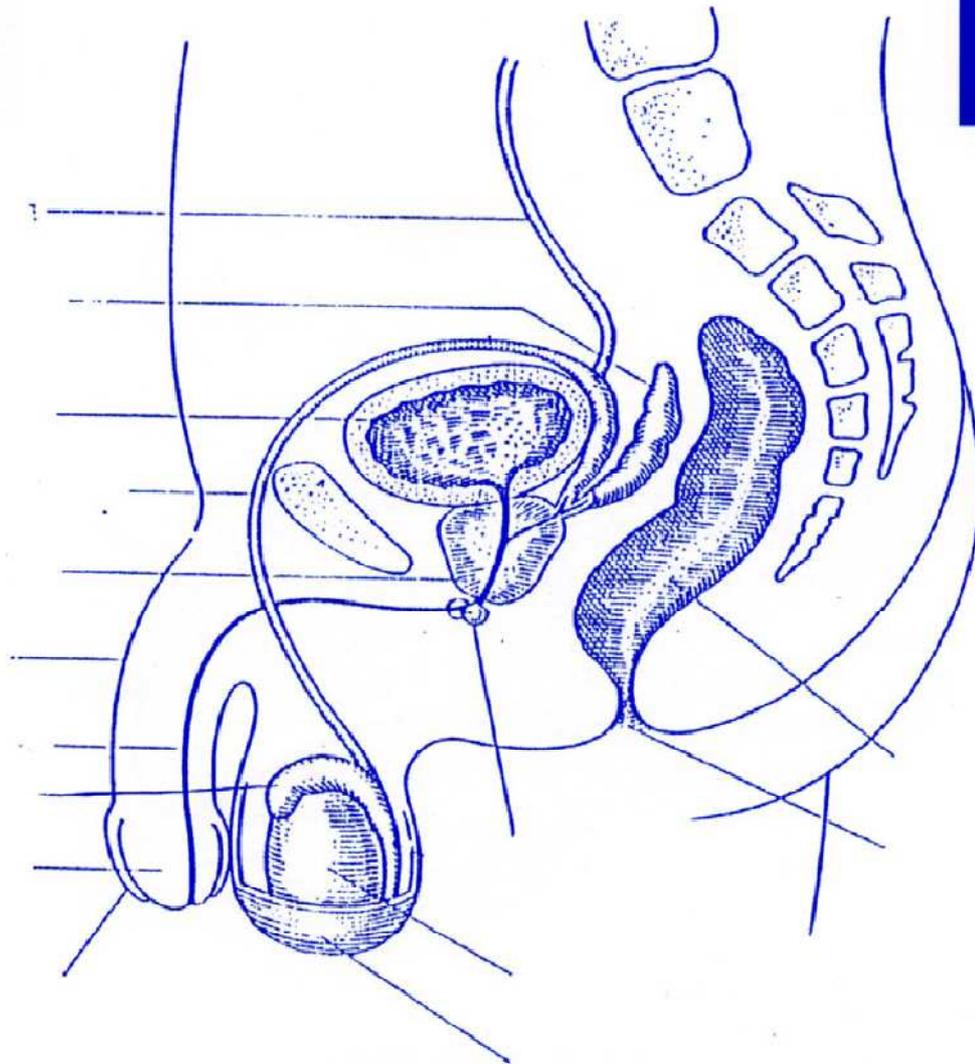


B) Sistema reproductor femenino

Fuente: Atlas de ilustraciones para la enseñanza

FICHA 3. GENITALES MASCULINOS

FICHA

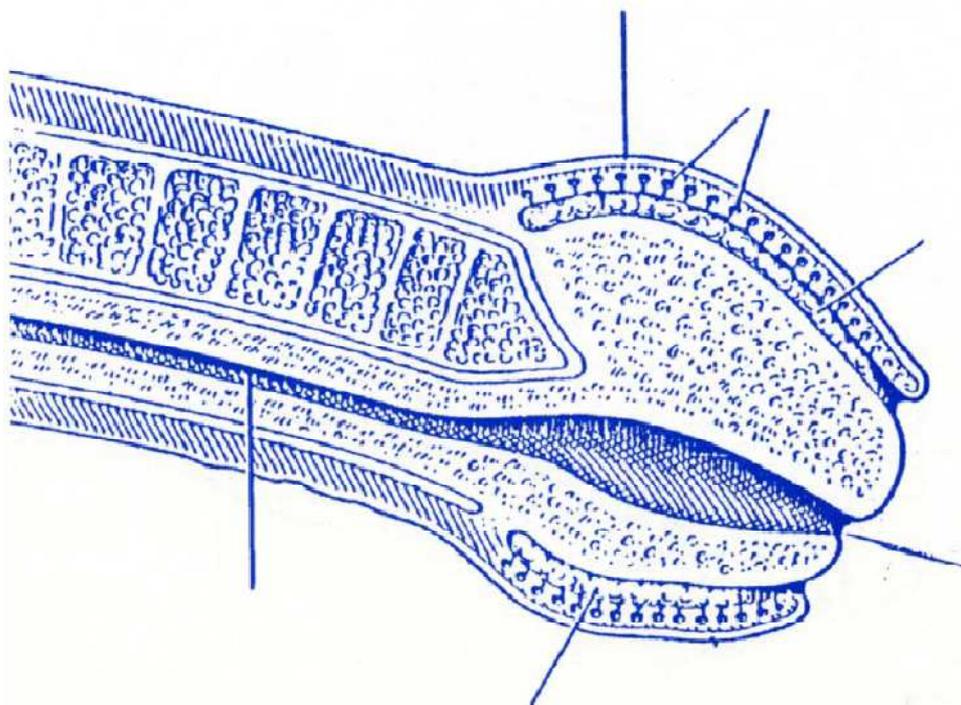


C) Sistema reproductor masculino (Vista lateral)

Fuente: Atlas de ilustraciones para la enseñanza

FICHA 4. GENITALES MASCULINOS

FICHA

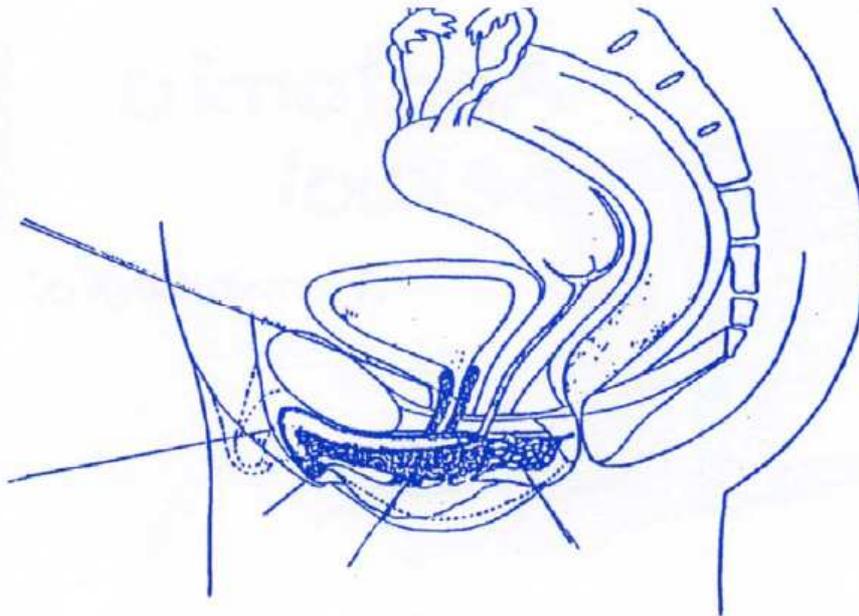


D) secreción del esmegma

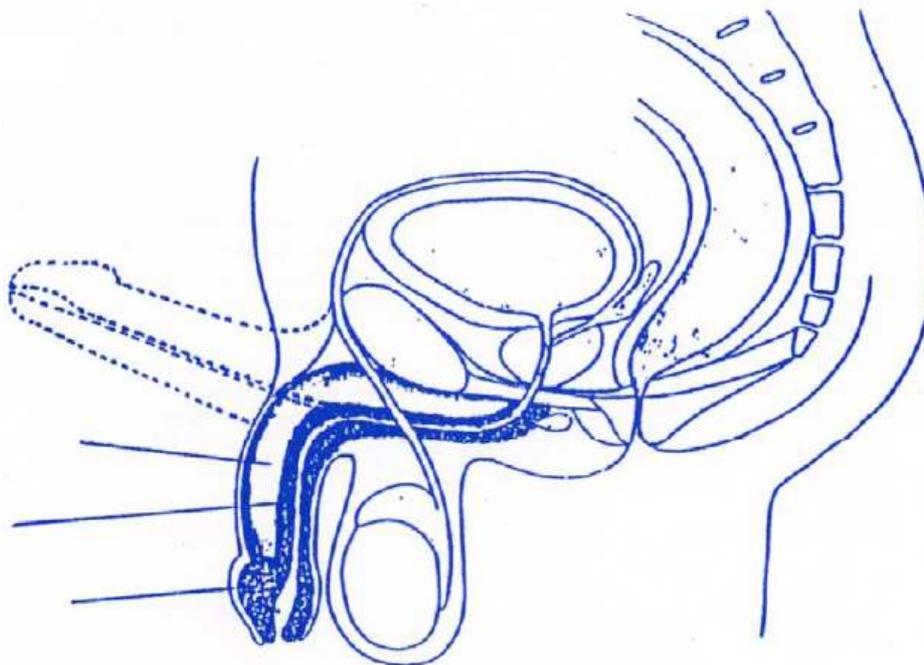
Fuente: *Atlas de ilustraciones para la enseñanza*

FICHA 5. COMPARACION

FICHA



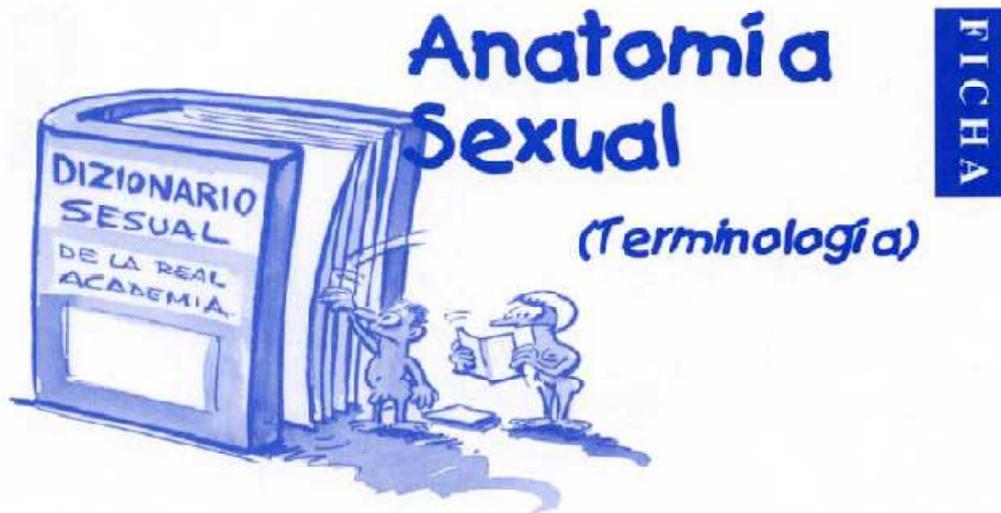
E) Una visión transversal del clitoris: Comparación con el pene.



F) Una visión transversal del pene: Comparación con el clitoris.

Fuente: *Federation of Feminist Women's Health Centers. Los Angeles. California 90048*

FICHA 6. TERMINOLOGÍA



- A) - Glándula del clítoris
 - Capuchón del clítoris
 - Labio interno
 - Labio externo
 - Abertura uretral
 - Abertura vaginal
 - Himen
 - Glándulas de Bartholino
 - Ano
- B) - Útero
 - Trompa de Falopio
 - Cavidad uterina
 - Cuello de útero
 - Ovario
 - Vagina
- C) - Glándula bulbouretral
 - Escroto
 - Recto
 - Glándula
 - Uretra
 - Conducto deferente
 - Uréter
 - Próstata
 - Ano
 - Testículo
 - Epidídimo
 - Prepucio
 - Pene
 - Vejiga
 - Vesícula seminal
- D) - Uretra
 - Meato (abertura uretral)
 - Esmegma (2)
 - Prepucio
 - Glándulas que segregan esmegma
- E) - Cuerpo del clítoris
 - Esponja uretral
 - Esponja perineal
 - Bulbos cavernosos
 - Bulbos esponjosos
- F) - Cuerpo cavernoso
 - Cuerpo esponjoso

ANEXO 3

FICHA 1

Respuesta Sexual



FICHA

El Deseo

- * ¿COMO LO EXPLICARIAIS?
 - * ¿QUE SINONIMOS UTILIZAMOS PARA HABLAR DEL DESEO?
 - * ¿ESTOS SINONIMOS TIENEN SENTIDO PEYORATIVO, NEGATIVO, POSITIVO?
 - * ¿QUE SENTIMOS CUANDO DESEAMOS?
 - * ¿NOTAMOS ALGO EN EL CUERPO? ¿ALGUN CAMBIO?:
 - COSQUILLO
 - HORMIGUEO – ESTOMAGO
 - CALOR – PIERNAS
 - NERVIOSISMO – CABEZA
 - TENSION
 - * ¿QUE PENSAMOS? ¿QUE COSAS PASAN POR LA CABEZA EN ESE MOMENTO?
 - PENSAMIENTOS DE ACERCAMIENTO ...
 - PENSAMIENTOS DE FUSION ...
 - PENSAMIENTOS DE MIEDO ...
 - PENSAMIENTOS DE CONFUSION ...
- CLAVES: – CONFUSION DESEO - EXCITACION - ATRACCION
 – DIFERENTES ESTIMULOS PSICOLOGICOS Y FISICOS:
- CHICOS: "IR A LO SUYO"
 - CHICAS: "PLANTEAMIENTO AFECTIVO"

FICHA 3

FICHA

El Orgasmo

- * ¿COMO LO EXPLICARIAIS?
- * ¿QUE SINONIMOS UTILIZAMOS PARA HABLAR DEL ORGASMO?
- * ¿QUE SENTIMOS?
- * ¿QUE CAMBIOS CORPORALES SE NOTAN?
 - SENSACIONES DE ANTES DEL ORGASMO: ¿SE ANTICIPA QUE VA A LLEGAR?
 - CAMBIOS EN LOS GENITALES: CONTRACCIONES ...
 - ¿DESCARGA DE TENSION?
 - ¿SE ACELERA EL RITMO CARDIACO?
 - ¿SE RESPIRA RAPIDO? ¿SE JADEA?
- * ¿QUE PENSAS EN ESE MOMENTO?
 - FANTASIAS: ESCENAS EROTICAS O ROMANTICAS
 - ¿SENSACION DE TRANQUILIDAD?
 - ¿SENSACIÓN DE FELICIDAD?
 - ¿SENSACIÓN DE LA VIDA ES BELLA?
 - ¿SENSACIÓN DE FUSIÓN-ACERCAMIENTO CON EL COMPAÑERO-COMPAÑERA?



CLAVES:

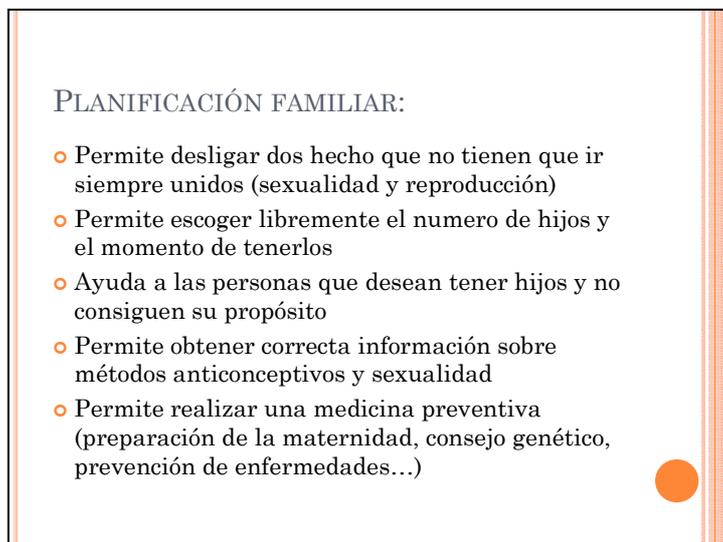
- ES NECESARIO TENER SIEMPRE EL ORGASMO?
- SI ES CON OTRA PERSONA: ¿ES MEJOR LLEGAR O TENER EL ORGASMO AL MISMO TIEMPO?
- ORGASMO NO ES EQUIVALENTE DE COITO.

ANEXO 4. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Diapositiva 1



Diapositiva 2



Diapositiva 3

METODOS CLASICOS O NATURALES

- COITO INTERRUMPIDO
- LACTANCIA PROLONGADA
- METODOS DEL RITMO:
 - METODO OGINO
 - METODO DE LA TEMPERATURA
 - METODO DEL MOCO CERVICAL (BILLINGS)

Diapositiva 4

COITO INTERRUMPIDO

- Consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación
- Eficacia: baja ya que pueden existir espermatozoides en las gotas previas a la eyaculación o por retirar el pene tarde
- POCA SEGURIDAD

Diapositiva 5

LACTANCIA PROLONGADA

- Habitualmente mientras se esta con la lactancia no se produce ovulación, por lo tanto no hay reglas y no se puede producir un embarazo
- Sin embargo en cualquier momento se puede dar una ovulación sin dar señales y producirse un embarazo
- Eficacia: baja



Diapositiva 6

METODO OGINO

- Consiste en calcular los días fértiles de la mujer (fertilidad fisiológica) y esos días no mantener relaciones coitales.
- En un ciclo de 28 días los días fértiles son en torno a la ovulación, por lo tanto hacia mitad del ciclo
- Eficacia: poco seguro ya que el ciclo menstrual puede alterarse con facilidad y provocar errores de calculo



Diapositiva 7

MÉTODO DE LA TEMPERATURA

- Por medio de una grafica se detecta el ascenso de la temperatura basal por efecto de la ovulación y así se determina con mayor exactitud el periodo fértil de la mujer
- La mujer se debe tomar la tª todos los días y anotarla en le gráfico
- Para mas seguridad se debe evitar el coito hasta 3 días después de elevación de tª
- Eficacia: intermedia, la tª se puede alterar por otras causas y pudiendo dar lugar a error
- Inconvenientes: tomar la tª todos los días, se restringe el coito a pocos días

Diapositiva 8

MÉTODO DEL MOCO CERVICAL O BILLINGS

- La mujer presenta cambios en el moco cervical en el momento de la ovulación:
 - Antes da la ovulación no hay mucho flujo
 - Durante la ovulación el moco es abundante, claro y líquido
 - Después de la ovulación es mas escaso espeso y pegajoso
- En algunas mujeres estos cambios son difíciles de interpretar
- Eficacia: baja, sujeta al azar

LA COMBINACION DE LOS 3 METODOS DEL RITMO SE HACE PARA AUMENTAR ALGO SU EFICACIA, DE TODAS SON METODOS PARA UTILIZAR EN CASOS EN LOS QUE NO IMPORTA QUE SE DE UN EMBARAZO

Diapositiva 9

METODOS DE BARREARA

- Métodos que actúan como una barrera al paso de los espermatozoides hacia el útero, impidiendo su encuentro con el ovulo
- Preservativo masculino
- Preservativo femenino
- Diafragma



Diapositiva 10

PRESERVATIVO MASCULINO (CONDÓN)

- Funda de caucho fina que recubre el pene en erección, recoge el semen eyaculado
- Eficacia elevada si se utiliza de manera correcta
- Instrucciones:
 - Utilizar un preservativo de calidad, lubricado y con reservorio. No caducado
 - Colocar en el pene en erección antes de ninguna penetración
 - Sujetar con el dedos el reservorio para que no se quede con aire y dejar espacio para el semen
 - Desenrollarlo sobre el pene con cuidado
 - Después de la eyaculación retirar el pene cuando todavía esta erecto, sujetando la base del preservativo para evitar que quede dentro
 - Tirarlo a la basura
 - Aumenta la eficacia si se usa con espermicidas



Diapositiva 11



Diapositiva 12

PRESERVATIVO

- Es un método cómodo, barato y no requiere control médico
- Fácil de adquisición (farmacias y de manera gratuita en los CAM)
- Si se es alérgico al látex hay de otro material
- UNICO METODO QUE PROTEGE DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
- SE ACONSEJA UTILIZAR SIEMPRE (DOBLE METODO):
 - OTRO ANTICONCEPTIVO+PRESEVATIVO

Un círculo naranja decorativo está ubicado en la parte inferior derecha del recuadro.

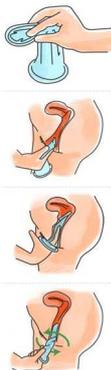
Diapositiva 13

PRESERVATIVO FEMENINO

- Saco de poliuretano con un anillo flexible en cada extremo
- Eficacia alta si se utiliza bien
- Instrucciones de uso:
 - Colocar antes de cualquier penetración
 - Apretar el anillo interno para darle forma alargada que permita introducirlo profundo en la vagina
 - Introducir un dedo y empujarlo hasta el fondo de la vagina
 - El anillo externo cubre la vulva por afuera
 - Tras la eyaculación retorcer el anillo externo y retirarlo de la vagina
 - **También previene ETS**

Diapositiva 14

COMO PONER PRESERVATIVO FEMENINO



Diapositiva 15

DIAFRAGMA

- Disco flexible de caucho que se coloca en el interior de la vagina alrededor del cuello del útero
- Usar junto con espermicidas (Mas eficacia)
- Instrucciones:
 - El personal sanitario determinar la talla midiendo el cuello de útero y enseña su utilización
 - Se coloca al fondo de la vagina rodeando el cérvix con crema espermicida
 - Se debe mantener puesto 78 horas tras el coito

Diapositiva 16

DIAFRAGMA



Diapositiva 17

ESPERMICIDAS LOCALES

- Son sustancias químicas presentadas en forma de óvulos y cremas que se introducen en la vagina antes del coito y destruyen los espermatozoides
- Poco seguros solos pero aumentan la eficacia de otros métodos al combinarlos



Diapositiva 18

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS (estrogeno+progesterona)
 - Funcionan del mismo modo:
 - PILDORA
 - PARCHE
 - ANILLO VAGINAL
- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SOLO GESTAGENO
 - MINIPILDORA
 - INYECCION
 - IMPLANTE
- PILDORA POSCOITAL



Diapositiva 19

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

- Preparado hormonal que regula el ciclo
- Mecanismo fundamental: suprime la ovulación
- Actúa a nivel del endometrio (lo deja fino)
- Disminuye la cantidad de regla y la duración
- Se utiliza como tto del la dismenorrea
- Precisa receta ya que no se debe tener factores de riesgo para utilizarlo (HTA, fumadora, obesidad...)
- Hay que hacer controles y valorar riesgo beneficio en cada caso
- Eficacia: muy alta



Diapositiva 20

PILDORA

- Una vez al día
- 21 días tomando una semana de descanso



Diapositiva 21

ANILLO VAGINAL

- Libera hormonas que se absorben por vía vaginal
- Una vez al mes
- 21 días con anillo y una semana de descanso
- En esa semana baja la regla




Paso 1: Liege una semana cómoda.

Paso 2: Presiona los lados de la vagina, júntalos y anélate en tu vagina.

Paso 3: Mueve el anillo bien puesto cuando ya no lo sientas.

Diapositiva 22

PARCHE ANTICONCEPTIVO

- Libera hormonas que se absorben a través de la piel
- Una vez a la semana
- 3 semanas con parche, una de descanso



Diapositiva 23

SE DEBE SABER SOBRE ANTICONCEPTIVOS
COMBINADOS

- Gran seguridad
- Necesario control medico
- Controlar peso, tensión, no fumar
- Vómitos o diarreas alterar eficacia de la píldora
- La fertilidad no se ve alterada



Diapositiva 24

ANTICONCPETIVOS SOLO
GESTAGENOS

- MINIPILDORA:
 - Solo contiene progesterona
 - Se toma de forma continuada, sin descansos
 - Muy eficaz si no hay olvidos
 - Se puede usar en la lactancia
 - No controla el ciclo, sangrados irregulares



Diapositiva 25

INYECTABLE

- Contiene progesterona
- Se pone una inyección cada 3 meses
- Muy eficaz
- Suele dar patrón de regla irregular, a veces provoca amenorrea (ausencia de regla)



Diapositiva 26

IMPLANTE SUBDERMICO

- Se coloca en el brazo y va liberando hormona de manera constante
- Dura 3 años
- Requiere pequeña cirugía para colocar y retirar
- Alteración patrón menstrual, puede dejar en amenorrea
- Muy eficaz



Diapositiva 27

PÍLDORA POSCOITAL O DE EMERGENCIA

- Se recomienda solo si falla el método habitual o tras un coito sin protección
- Dosis de hormonas que se administra en una dosis
- Actúa inhibiendo la ovulación o retrasándola
- Altera el transporte de los espermatozoides y ovulo evitando la fecundación e impide la implantación
- Mas eficaz si se toma lo antes posible



Diapositiva 28

DIUS

- Diu: pequeño aparato en forma de T que se coloca dentro del útero
- Puede ser de cobre o liberador de hormona (levonorgestrel)
- Actúan antes de la fecundación creando ambiente inadecuado que dificulta el paso de los espermatozoides y evita su implantación en caso de que se de fecundación
- Colocado por personal medico
- Colocación con la regla(menos molesta)
- Del dispositivo cuelgan hilos que asoman por el orificio cervical para retirarlo posteriormente
- No altera la fertilidad al retirarlo
- Eficacia: alta



Diapositiva 29

DIU DE COBRE

- Duración 5 años
- Puede producir reglas mas abundantes o dolorosas y amento de flujo vaginal
- No modifica el ciclo mensual



Diapositiva 30

DIU MIRENA (LIBERADOR HORMONA)

- Duración 5 años
- Aumenta la eficacia ya que además de actuar como el diu de cobre la hormona que libera atrofia el endometrio (lo deja fino) provocando la disminución o ausencia de la regla
- Se utiliza como tto de reglas abundantes además de cómo anticoncepción



Diapositiva 31

MÉTODOS DEFINITIVOS

- Vasectomía : cortar conductos deferentes mediante pequeña intervención. No varia la erección, ni la eyaculación ni el orgasmo. Semen no llevará espermatozoides
- Ligadura de trompas: se cortan las trompar de Falopio impidiendo que se de el embarazo. Se hace por laparoscopia
- Essure: mediante histeroscopia se colocan los pequeños muelles en las trompar, provocan en 3 meses su obstrucción. A efectos prácticos es similar a la laparoscopia, sin necesidad de anestesia. Acceso vía vaginal.

Diapositiva 32

○DUDAS

○PREGUNTAS

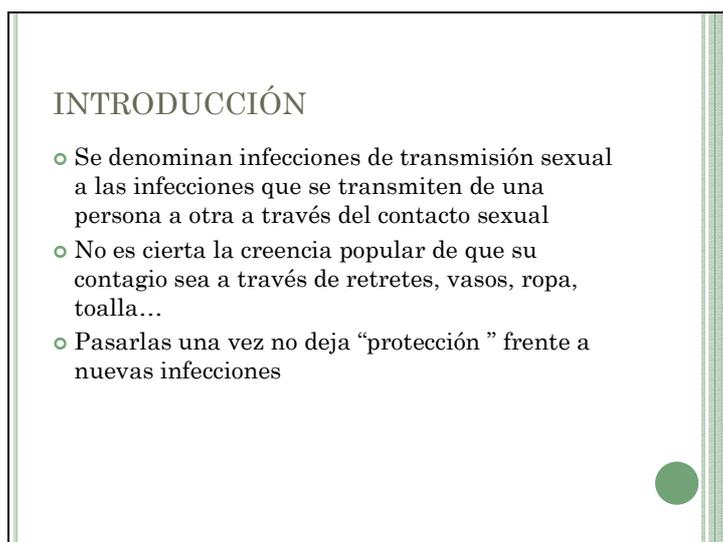
MUCHAS GRACIAS

ANEXO 5. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Diapositiva 1



Diapositiva 2



Diapositiva 3

ALGUNOS SIGNOS O SÍNTOMAS

- A veces no se acompañan de síntomas o pasan desapercibidas pero hay veces que producen algún signo el cual debe ser motivo de consulta.
- Hombre: ulcera o grano en el pene, secreción de líquido por la uretra, verrugas, sensación de picor o bultos en ingles
- Mujer: lesión en la piel o mucosa vulvar, verrugas, flujo de aspecto, color o cantidad anormal, escozor o pico, o bultos en las ingles

Diapositiva 4

SÍFILIS

- Producida por *treponema pallidum*, penetra en el cuerpo a través de las mucosas del pene, vulva, vagina, ano o boca
- Se contagia cuando lesiones de sífilis en estas mucosas o durante el embarazo a través de la placenta. No se contagia en periodos asintomáticos
- 3 fases: incubación(primeras lesiones) en la que se produce la ulcera o chancro, este puede desaparecer pero la enfermedad continua en el organismo

Diapositiva 5

- Fase 2: aparecen manchas en la piel, úlceras en la boca, fiebre, dolor de cabeza...También puede desaparecer solo pero la enfermedad sigue en el cuerpo, puede durar años.
- Fase 3: después de 10 o 20 años de la primera fase aparecen complicaciones en los órganos (corazón, cerebro) produciendo incapacidades físicas y psíquicas, incluso la muerte

- Diagnostico :fácil por análisis
- Tratamiento: penicilina
- Si se trata pronto desaparece la infección

Diapositiva 6

GONOCOCIA

- Producido por bacteria llamada gonococo
- Periodo de incubación: 1-6 días
- En el hombre produce secreción purulenta por el pene y molestias
- En la mujer aumento de flujo o molestias al orinar
- Importante tratar pronto, sino puede acceder a los órganos internos produciendo mas daños. Esterilidad, infección próstata...
- En el embarazo se puede transmitir en el momento del parto
- Diagnostico: cultivos vaginales o de uretra
- Tratamiento: sencillo, con antibióticos

Diapositiva 7

CLAMIDIAS

- Producida por el germen clamidia trachomatis
- Escasos síntomas pero importante para la mujer ya que puede dar enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad
- Diagnostico mediante cultivo vaginal o uretral
- Tratamiento sencillo, con antibióticos



Diapositiva 8

HERPES GENITAL

- Infección causada por el virus del herpes que causa lesiones en la zona genital
- A veces no da síntomas, en otras ocasiones salen en el pene o vulva vesículas dolorosas que se ulceran y provocan dolor y escozor, pueden curar espontáneamente.
- La infección se vuelve crónica y las lesiones pueden reaparecer
- Se diagnostica a simple vista o por cultivo del líquido de las vesículas o análisis de sangre
- Tratamiento: antivirales y analgésicos



Diapositiva 9

TRICOMONAS

- Infección frecuente producida por organismo llamado trichomona vaginalis
- La mujer notara flujo abundante y verdoso que provoca picor
- El hombre tendrá pocos síntomas, alguna molestia
- Diagnóstico: sencillo, mediante estudio del flujo vaginal o secreción de la uretra al microscopio
- Tratamiento: medicación específica, óvulos, crema, comprimidos...

Diapositiva 10

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO O HPV

- Infección viral muy contagiosa que produce el virus del papiloma humano (HPV)
- Virus muy frecuente que en algún momento de su vida gran numero de personas activas sexualmente lo tendrán
- No se sabe cual es el periodo de incubación
- Existen mucho tipos de virus
 - Alto riesgo: afecta a mucosa sobre todo de cérvix
 - Bajo riesgo: provoca verrugas llamadas condilomas en la vulva, vagina, pene, ano o garganta
- El diagnostico varia, si es por condilomas se realiza a simple vista, sino no da síntomas se hace mediante citología. Para los hombre no existe prueba de diagnostico. (no tienen cérvix, no afecta por igual)

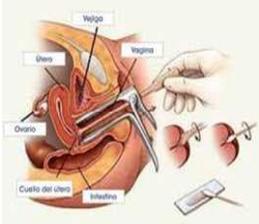
Diapositiva 11

CITOLOGÍA

- Técnica en la cual se toma una muestra de flujo del cuello del útero o cérvix y se analiza al microscopio.
- Consiste en estudiar las células y ver si están siendo afectadas por el HPV
- Se debe realizar entre 3 y 5 años
- En Navarra se hace el programa de prevención del cáncer de cuello de útero en los CAM, en el cual se realizan citología para ver que no existen lesiones en el cérvix
- Importante acudir a las citas del CAM ya que es importante el diagnóstico precoz

Diapositiva 12

TÉCNICA DE LA CITOLOGÍA



Frotis de Papanicolaou: se raspan células del cuello uterino y se las examina bajo el microscopio para determinar la presencia de enfermedades u otros problemas



Cuello uterino visto por el espéculo, con la paciente en posición de litotomía

#ADAM.

Diapositiva 13

- El tratamiento varia:
 - Si existen condilomas se tratan con crema o quemándolos
 - Si no existen condilomas pero si infección por HPV hay que esperar a que la inmunidad lo vaya eliminando y realizar controles citológicos para ver que no se estén alternado las células del cérvix. Si la alteración de las células va a mas hay que realizar una sencilla intervención para eliminarlas, ya que sino con el paso de los años puede dar lugar a cáncer de cérvix

ACTUALMENTE EXISTE VACUNA QUE SE PONE A LAS ADOLESCENTES EN CAMPAÑA ESCOLAR PARA EL HPV, TAMBIEN SE PUEDE COMPRAR



Diapositiva 14

HEPATITIS B

- Infección producida por virus que se transmite a través de la sangre (jeringuillas, transfusiones) o secreciones como el semen, flujo vaginal o durante el embarazo y parto.
- Afecta al hígado produciendo una hepatitis, la cual se puede curar o volverse crónica
- Existe vacuna



Diapositiva 15

SIDA (SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA)

- Enfermedad infecciosa producida por un virus que destruye células del sistema inmunitario (defensa del organismo), favoreciendo así la aparición de otras enfermedades resistentes a tratamientos
- A partir de 3-4 meses de contagio se puede detectar en la sangre los anticuerpos que producen el virus que indican que la persona es portadora del virus VIH
- Se vuelve enfermedad crónica que cuando se desarrolla es grave y puede producir la muerte

Diapositiva 16

- Persona portadora: persona que esta infectada por el virus que aunque no tenga la enfermedad puede transmitirla
- Persona enferma de sida: persona que esta infectada por el virus y presenta los síntomas o enfermedades relacionadas con su inmunodeficiencia
- Prueba del SIDA se realiza de manera gratuita, voluntaria y respetando confidencialidad. Se puede solicitar información en las consultas de CAM

Diapositiva 17

- Transmisión:
 - contacto con semen o secreciones vaginales
 - Contacto sangre con sangre
 - Madre hijo en el embarazo o en el parto

- No se transmite:
 - Por contacto casual o cotidiano, dar la mano, compartir utensilios, ropa, duchas, piscinas....
 - Por contacto sexual como abrazarse, besarse, acariciarse...
 - Por picaduras de insectos
 - Por relaciones coitales con preservativo
 - Por relaciones sexuales no coitales



Diapositiva 18

OTRAS ENFERMEDADES

- Ladillas o piojos (pedículos pubis)
 - Están en las zonas del cuerpo con pelo (pubis y axilas).
 - Producen picor
 - Se trata con lavados y aplicación de insecticidas, también con el rasurado de la zona
 - Se aconseja medidas de higiene personal y lavado de ropa sábanas



Diapositiva 19

HONGOS Y GARDENERELLA VAGINALIS

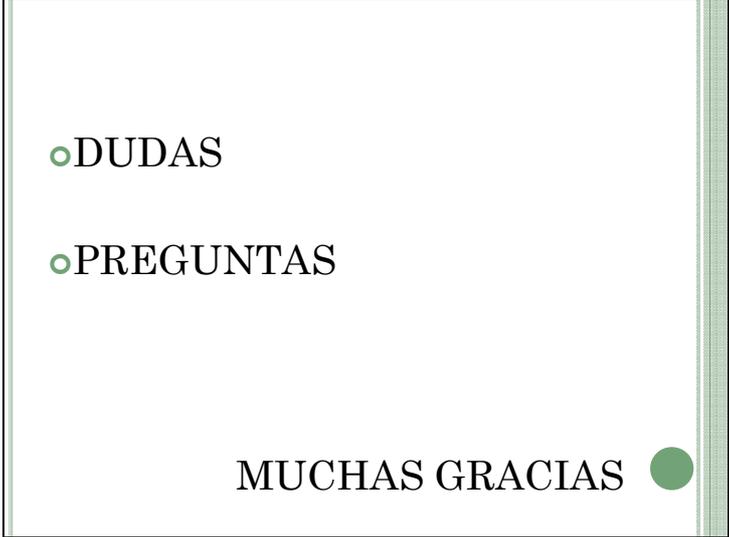
- NO SE CONSIDERAN DE TRANSMISION SEXUAL YA QUE PUEDEN APARECER DE AMENRA ESPONTANEA
- Suelen producir picor o cambios en el flujo, se aconseja acudir al centro ya que un examen del flujo de puede ver si existe infección y poner tratamiento sencillo
- Se recomienda en estos casos no abusar de lavados, no hacer duchas vaginales, lavar con jabón intimo una vez al día, secar muy bien la zona, no utilizar salva slip a diario y utilizar ropa interior de algodón.

Diapositiva 20

PREVENCIÓN

- La mejor manera de prevenir es estar bien informados y realizar actitudes correctas
- Tener correcta higiene corporal antes y después de las relaciones sexuales, orinar tras mantener relaciones
- Utilizar siempre el preservativo desde el comienzo de la relación
- Si hay signos, molestias o sospecha acudir al CAM ya que es importante el diagnostico y el tratamiento precoz.

Diapositiva 21



- DUDAS
- PREGUNTAS

MUCHAS GRACIAS ●

ANEXO 6

FICHA 1

HOJA DE REGISTRO (EVALUACION CONTINUA) A RELLENAR POR EL
MODERADOR

SESION:_____

PUNTUAR DLE 1 AL 5. TENER EN CUENTA QUE 1 ES LO MAS BAJO Y 5 LO MAS
POSITIVO

PARTICIPANTES:

PARTICIPACION_____

REALIZACION DE ACTIVIDADES_____

COOPERACION ACTIVIDADES_____

GRADO DE INTERES_____

NIVEL DE DIALGO ENTRE ASISTENTES_____

RESPETO A OPINIONES, ACTITUDES_____

LENGUAJE (RESPECTUOSO)_____

CONOCIMIENTOS EXPLICITOS DE LOS PARTICIPANTES_____

COHESION DEL GRUPO_____

MODERADOR:

VALORAICON GLOBAL DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD_____

ACTIVIDAD HA RESPONDIDO A LOS OBJETIVOS_____

ACTIVIDAD SE ADECUA A LAS CARACTERISTICAS GRUPALES_____

VALORACION DE LAS INTERVENCIONES Y EXPLICACIONES_____

RELACION CON EL GRUPO_____

COMODIDAD EN LA SESION_____

OBSERVACIONES

FICHA 2

ENCUESTA DE INICIO. A RELLENAR POR LOS ASISTENTES AL CURSO EN LA PRIMERA SESIÓN

EDAD_____ SEXO_____

1.¿CONOCES LA ANATOMIA GENITAL FEMENINA DETALLADAMENTE?,¿Y LA MASCULINA? PUNTUA DE 1-5 EL GRADO DE TU CONOCIMIENTO_____

2.¿CUANTOS METODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCES?_____

3.¿CUANTAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CONOCES?_____

4.¿CONOCES TODOS LOS SERVICIOS QUE OFRECE EL CAM?

CONTESTE SI O NO_____

5.¿TIENES ALGUNA DEUDA RELACIONADA CON EL PRESERVATIVO?CONTESTE SI O NO. ¿Y QUE HACER EN CASO DE ROTURA O MAL USO?_____

6.¿CONSIDERA BUENA LA EDUCACIÓN SEXUAL QUE HAS RECIBIDO HASTA AHORA? CONTESTE SI O NO_____

7.¿A TRAVES DE QUE MEDIOS HAS RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD?_____

FICHA 3

ENCUESTA FINAL. A REALIZAR TRAS LA FINALIZACIÓN DE LAS SESIONES.

1ª PARTE: IDEM A LA ENCUESTA INICIAL

2ª PARTE:

¿SE HA SENTIDO COMODO EN LA REALIZACION DEL CURSO? _____

¿HA MEJORADO SUS CONOCIMIENTOS? _____

¿LE HA RESULTADO DE INTERES? _____

¿VOLVERIA A REALIZAR EL CURSO? _____

¿SE LO RECOMENDARIA A UN CONOCIDO/A? _____

SUGERENCIAS
