

Ajusco

**“El cambio de actitud en los
adolescentes hacia la sexualidad.”
Curso – Taller**

Tesis

Que para recibir el título de
Licenciado en Psicología Educativa

Presentan:

**Juárez Almazán Tania
Soto Ramírez María Isabel
Zarco Barragán Danet**

Generación 2001 - 2005

Asesora: Santos Santos Mercedes Murena

México D.F.

SEPTIEMBRE 2007

TANIA JUAREZ ALMAZAN

Doy Gracias a Dios por permitirme llegar hasta aquí.

A mi tita por su gran fortaleza para aceptarme en su vida y por darme la libertad para ser. MIL GRACIAS

A mis hermanos, sepan que los admiro y respeto por lo que cada uno es y ha logrado. LOS QUIERO MUCHO

A mis amigos Lupita, Ezequiel, Rosy, Chio, Isa y Danet; que hicieron muy agradable mi paso por la universidad. ESPERO QUE SIEMPRE SEAMOS AMIGOS. (De grande quiero ser como tu)

A las personitas que me han enseñado que las pequeñas cosas pueden ser sorprendentes. Ernesto, Brenda, Frida, Carlos, Arcelia, Krystelle, Eric, Andrea y Eva Renata.

A ti que estuviste conmigo como amigo, novio; ahora como esposo y llegó a nuestra vida un gran tesoro Eva Renata.

A ti que te preocupas por mí y me has regalado sonrisas, regaños y palabras de aliento.

A mis papás por darme la vida. GRACIAS

MARIA ISABEL SOTO RAMIREZ

Doy gracias a Dios por ser mi fortaleza y mi desahogo en los momentos difíciles para poder seguir adelante.

Gracias a mis padres por alentarme y darme la vida, a mis hermanos Mauricio, Carlos, Juan y Mariana que cada uno de ellos de distinta forma me inspiró para realizar este proyecto.

Gracias a mis compañeras de Tesis que son grandes amigas, confidentes y cómplices de innumerables experiencias que vivimos como alumnas, hermanas, hijas, en fin las quiero y las respeto a todas: Danet, Tania, Lupita, Rocío y Rosy.

Profesora Murena Santos y Dra. Lilia Paz les agradezco infinitamente su tiempo, apoyo y asesoría en este proyecto que significa tanto en el inicio de mi vida como profesional.

Gracias Rogelio porque me has apoyado hasta el final y no me has dejado rendir, gracias amor.

Finalmente te doy las gracias a ti Rodrigo, mi niño grandote por apoyarme, angustiarte con mis tropiezos y alegrarte con mis logros, por ser un niño responsable y maduro. Este proyecto y todo lo que significa lo llevé a cabo pensando en ti y en tu hermanita Lucero, con todo el amor del mundo. Tu mamá.

DANET ZARCO BARRAGAN

Agradecimientos

A las grandes coincidencias que ahora me tienen parada justo donde debo estar.

A mis compañeras de tesis, en especial a ti Isabel por abrir tu alma y brindarme toda tu amistad. T.Q.M.

A Murena y Lilia por ser guías y amigas incondicionales.

A Lic. Dionisio Cabello y al Ing. Vanegas por el apoyo incondicional para realizar esta investigación.

A cada uno de los jóvenes que colaboraron con nosotros y nos dieron la oportunidad de entrar en sus vidas.

A cada uno de los sinodales por tomarse el tiempo de revisar este trabajo de investigación y brindar sus más sabios consejos para mejorarlo.

A cada una de las personas que me han acompañado en el camino, a las que continúan conmigo y a las que he perdido; por brindarme un poco de ellos.

Dedicatorias

A mis padres:

Mamá por ser quien eres y por hacer de mí quien soy ¡ERES LA MEJOR!

Papá por aceptar esta difícil tarea, darme lo mejor de ti y ser un excelente papá.

LOS AMO

A mis hermanos:

Sebastián por convertir los días difíciles en livianos y divertidos.

Valeria agradezco a la vida por tener una hermana como tú ¡eres genial!

Kike eres un tipazo no sabes cuanto te quiero y admiro.

Amor:

Por darme durante todos estos años el amor, el apoyo y la ternura sin importar mis vaivenes; por enseñarme a amar.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	6
<u>CAPITULO I ADOLESCENCIA.</u>	
1.1 Concepto de adolescencia.	7
1.2 Teorías de desarrollo.	10
1.3 Desarrollo biológico en la adolescencia.	14
<u>CAPITULO II ACTITUDES Y SEXUALIDAD.</u>	
2.1 Concepto de actitudes.	18
2.2 Componentes de las actitudes.	22
2.3 Características de las actitudes.	24
2.4 La relación actitud-conducta	25
2.5 Escala de medición actitudinal.	26
2.6 La influencia de las actitudes en la sexualidad.	28
<u>CAPITULO III EDUCACIÓN SEXUAL Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN LOS JOVENES MEXICANOS.</u>	
3.1 La educación sexual.	31
3.2 La educación sexual en México.	32
3.3 La historia de la educación sexual en México.	33
3.4 Premisas para la justificación y operación de los programas de educación sexual.	37
3.5 El trabajo de las ONG en el campo de la sexualidad y la educación.	39
3.6 Investigaciones sobre sexualidad en diferentes países.	41
3.7 Derechos sexuales y reproductivos en México.	47
3.8 Métodos anticonceptivos y servicios de planeación familiar.	53
3.9 Leyes sobre el aborto en México.	54
3.10 Leyes sobre la anticoncepción de emergencia.	57
<u>CAPITULO IV TEMAS CONTENIDOS EN EL CURSO-TALLER DE SEXUALIDAD.</u>	
4.1 Sexo, sexualidad y género.	60
4.2 La sexualidad en la adolescencia.	63
4.3 Desarrollo biológico en el hombre y la mujer.	67

4.4	La importancia del autoexamen.	70
4.5	Disfunciones sexuales.	76
4.6	Sexo, drogas y alcohol.	79
4.7	Delitos sexuales.	80
4.8	ETS.	85
4.9	Embarazo.	94
4.10	Aborto.	99
4.11	Métodos anticonceptivos.	101
4.12	La orientación sexual.	109
4.13	Autoerotismo.	113
4.14	Autoconcepto y autoestima.	115
4.15	Asertividad.	116
4.16	Relación de pareja.	118
4.17	Expectativas futuras.	120
4.18	Organizaciones y centros de ayuda.	121

CAPITULO V METODO.

5.1	Pregunta de investigación.	124
5.2	Tipo de estudio.	124
5.3	Diseño de investigación.	124
5.4	Variables.	124
5.5	Hipótesis.	125
5.6	Sujetos.	126
5.7	Instrumentos.	126
5.8	Procedimiento.	127
5.9	Escenario.	128

CAPITULO VI ANALISIS DE RESULTADOS.

6.1	Análisis cuantitativo.	133
6.2	Análisis cualitativo.	143

CAPITULO VII CONCLUSIONES. 160

REFERENCIAS 166

APÉNDICES.

Esquema 1. Pubertad	172
Esquema 2. Órganos sexuales masculinos.	173
Esquema 3. Órganos sexuales femeninos.	174
Cuadro 1. Métodos anticonceptivos.	175
Cuadro 2. Programa	183
Dinámicas para el Curso-Taller.	191

ANEXOS

1	Pretest	201
2	Postest	203
3	Hoja de respuestas	205

RESUMEN

La educación sexual dentro del sistema educativo tradicional ha sido abordada como un proceso en que los jóvenes desde la educación primaria adquieren información sobre la sexualidad, enfocándose en la genitalidad y desde una perspectiva meramente de transmisión de conocimientos, sin tomar en cuenta a los adolescentes como individuos que requieren de un proceso educativo integral donde la teoría coincida con las necesidades físicas, psicológicas y socioculturales de los mismos, teniendo lo anterior como consecuencia mitos y concepciones erróneas creando actitudes poco favorables para la práctica sana de la sexualidad durante la adolescencia, provocando embarazos no deseados y precoces, deserción escolar, bajo rendimiento académico, enfermedades de transmisión sexual, etc. Situaciones que modificarán sustancialmente su calidad de vida.

Con la finalidad de estudiar las modificaciones que recibe la actitud a través de la información objetiva y veraz; se realizó el diagnóstico y diseño de un curso taller de sexualidad el cual constó de trece sesiones que incluyen los temas de mayor interés de nuestra población, la cual se encuentra cursando el nivel medio superior con una edad entre los 15 y 20 años. Se realizó un pretest a nuestro grupo control y experimental, posteriormente se implementó el curso taller y se aplicó el posttest analizando los resultados de manera cuali y cuantitativamente.

En los resultados, el grupo experimental incrementa ligeramente su puntuación por encima del grupo control, sin embargo encontramos cambios significativamente favorables entre el pre y el posttest del grupo experimental, lo cual reafirma nuestra hipótesis de investigación.

INTRODUCCIÓN

La educación sexual dentro del sistema educativo tradicional ha sido abordada como un proceso en que los adolescentes desde la educación primaria adquieren información sobre la sexualidad enfocándose en la genitalidad y desde una perspectiva meramente de transmisión de conocimientos, sin tomar en cuenta a los adolescentes como individuos que requieren de un proceso educativo integral donde la teoría coincida con las necesidades físicas, psicológicas y socioculturales de los mismos.

Esta falta de escolarización en temas de sexualidad crea entre los jóvenes mitos y concepciones erróneas creando actitudes poco favorables para el ejercicio sano de la sexualidad.

En esta tesis titulada *“El cambio de actitud en los adolescentes hacia la sexualidad.”* Curso – Taller; se estudia cómo repercute la información sobre sexualidad en las actitudes hacia la misma a través de la elaboración y aplicación de un Curso Taller de Sexualidad dirigido a estudiantes de educación media superior, la cual está conformada por siete capítulos de los cuales a continuación se brindará una breve explicación respecto al contenido de cada uno de ellos.

Durante el primer capítulo se explica el concepto de adolescencia así como las características propias de esa etapa vital, posteriormente se exponen las teorías del desarrollo de Erikson y Dunphy para finalizar con una breve explicación respecto al desarrollo biológico del adolescente.

En el segundo capítulo se brindan de acuerdo a diversos autores el concepto de actitud con la finalidad de consolidar las características de esta, posteriormente se explican los componentes y características así como su relación con la conducta y en específico con las conductas sexuales.

La educación sexual y los derechos reproductivos en los jóvenes, es el nombre del tercer capítulo el cual pretende brindar al lector un panorama general sobre

la educación sexual en México así como sus antecedentes, igualmente se incluyen los derechos reproductivos en los jóvenes.

Durante el capítulo cuarto se describen minuciosamente cada uno de los temas que se incluyeron en el curso taller de sexualidad tales como son: sexo, sexualidad y género, orientación sexual, homosexualidad, aborto, embarazo, ETS, métodos anticonceptivos, etc.

En el capítulo quinto se incluye las características del método de trabajo de esta investigación lo cual incluye el tipo de estudio, el diseño de investigación, variables, hipótesis, sujetos escenario, instrumentos y procedimientos.

El sexto capítulo expone el análisis de resultados en donde se encuentran de forma detallada los análisis tanto cualitativo como cuantitativo, por último el séptimo capítulo contiene las conclusiones de esta investigación.

JUSTIFICACION

Tanto hombres como mujeres han aprendido a través de la educación familiar y de la influencia del medio en el que viven determinadas formas de relacionarse tanto en lo personal como en lo social; sin embargo en lo referente a la educación sexual existen prejuicios sociales y se mantiene un tabú constante acerca de la sexualidad provocando un rezago de información.

Es en la adolescencia en donde esta situación ha causado un mal uso de su sexualidad trayendo consigo una serie de consecuencias graves como: Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), incluyendo el VIH y el papiloma, embarazos prematuros en su mayoría no deseados, muerte a causa de abortos mal practicados, daños al autoestima, deserción escolar y por lo tanto una baja calidad de vida.

En el ámbito educativo una de las consecuencias de la falta de información sobre el tema de sexualidad es la baja en el rendimiento académico debido a relaciones conflictivas que dañan el autoestima, en casos extremos se da la deserción escolar pues al verse los adolescentes involucrados en embarazos no planeados o infecciones de transmisión sexual se ven obligados a abandonar la escuela; teniendo como consecuencia en la mayoría de los casos una baja calidad de vida.

Con respecto a las consecuencias mencionadas anteriormente se muestran a continuación estadísticas que nos brindan un panorama más amplio acerca de esta problemática:

En América Latina los y las jóvenes representan un alto porcentaje de la población. Tan sólo en México, el 56.8% del total de la población tiene menos de 25 años y el 22% de los habitantes tiene entre 10 y 19 años de edad (Instituto nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2000).

Pese a que en los últimos años ha disminuido el número de madres adolescentes, en algunos países de América Latina el número de niños nacidos de madres adolescentes comparado con el número de niños nacidos de madres adultas sigue aumentando (Munist, Giurgiovich, Solís y Mora, 1995).

En México ocurren alrededor de 550 000 nacimientos anuales en mujeres menores de 20 años, el 80% de estas mujeres de entre 15 y 19 años deseaban aplazar su siguiente embarazo; sin embargo solamente el 36.4% de ellas utiliza algún método anticonceptivo (CONAPO, 2000).

La Organización Mundial de la Salud estima que existen anualmente 350 millones de casos de ETS, la mayor incidencia ocurre entre gente joven de 20 a 24 años de edad, seguidos por el grupo de 15 a 19 años y después por el grupo de 25 a 29.

De acuerdo a Archundia (2006), en su artículo “Capitalinos tienen vida sexual temprana” el cual fue apoyado por el Instituto de las mujeres del Distrito Federal, más de la tercera parte de los jóvenes de la ciudad tiene su primera relación sexual entre los 15 y 17 años en promedio y como resultado se registran más de 25 mil nacimientos anuales de madres menores de 19 años, además la dependencia señala que 39.1% de los varones tiene su primer encuentro sexual de forma espontánea y sin protección con su novia, a los 15 años; 6% con una prima, 48% con una amiga y 3% con una trabajadora sexual.

En el caso de las mujeres se estima que 79% de ellas sostiene su primer relación a los 17 años con el novio, 17% con un primo y 9.9% con un amigo, Archundia encontró que la causa predominante de embarazos no planeados es la falta de información sobre la vida sexual y los métodos anticonceptivos.

Por todo lo antes mencionado se considera importante realizar un curso-taller de sexualidad dirigido a los adolescentes que abarque los aspectos más relevantes de la sexualidad, con el fin de aclarar dudas y desmitificar algunos aspectos de la sexualidad así como brindar información veraz, objetiva y útil a los adolescentes; la cual pretende repercutir en su vida sexual actual, mejorando su calidad de vida a largo plazo.

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un curso-taller de sexualidad para adolescentes como facilitador para el cambio de la actitud hacia la sexualidad y evaluar los cambios de actitud después del Curso Taller de Sexualidad.

Objetivos específicos

- Diagnosticar necesidades acerca de la información que requieren los adolescentes de primer año de educación media superior sobre sexualidad.
- Diseñar un Curso Taller de sexualidad para adolescentes de primer año de educación media superior con los temas de interés mostrados por ellos en el diagnóstico.
- Implementar el Curso taller de sexualidad para adolescentes de primer año de educación media superior.
- Comparar actitudes de los adolescentes de primer año de educación media superior antes y después del curso Taller de sexualidad en el grupo control y experimental.
- Comparar actitudes de los adolescentes entre grupo experimental y control después del curso taller.

CAPITULO I ADOLESCENCIA

1.1 Concepto de Adolescencia

La definición de adolescencia que a continuación se presentara se encuentra constituida por diversas características propias de esta etapa, brindando un panorama general respecto a las particularidades de esta etapa vital haciendo especial énfasis en lo que ha sexualidad se refiere.

De acuerdo con Palacios (1990) La etimología del término adolescencia proviene del verbo latín: *adoleceré*, que significa crecer. En lo biológico podemos decir que es la etapa que se extiende, desde los 12-13 años hasta aproximadamente el final de la segunda década de la vida. Se trata de una etapa de transición en la que ya no se es niño, pero en la que aún no se tiene el estatus de adulto.

En lo referente al plano intelectual durante la adolescencia se adquiere la capacidad de realizar operaciones formales lo cual presupone un pensamiento lógico y abstracto; el cual hace capaz al adolescente para la formulación de preguntas y resolución de conflictos. La adolescencia es la etapa en la que culmina el desarrollo cognitivo Piaget (Hoffman, 1995)

La contradicción con la familia, con la escuela, con los valores establecidos, con la cultura dominante y con todas aquellas instancias revestidas de una u otra forma de actividad a las que anteriormente estaban sometidas son características que afectan directamente el plano social del adolescente.

Caso especial es el de la sexualidad, pues durante la adolescencia la sexualidad adquiere características biológicas y psicosociales muy especiales, diferentes a las de otras épocas vitales, que tienen gran trascendencia en la vida adulta.

Concretándonos a la evolución de la sexualidad, en términos generales, ocurre lo siguiente:

ADOLESCENCIA TEMPRANA (hombres de los 12 a los 15 años, mujeres de los 10 a los 13 años):

1. La identidad genérica y el rol sexual se tornan más definidos que en la niñez y los muchachos se sienten y comportan de manera más evidente de acuerdo a su sexo.
2. La orientación sexual evoluciona de manera que los adolescentes se interesan y se sienten más atraídos hacia el sexo opuesto que antes y les agrada su cercanía. La orientación homosexual, si se está gestando, usualmente aun no se manifiesta de manera obvia a estas edades.
3. El desarrollo de la imagen corporal continúa y, aunque ya se hace evidente mucho antes, en esta etapa progresa, habiendo gran interés por el propio físico y por la normalidad del desarrollo sexual orgánico. Las exploraciones y comparaciones con los compañeros son comunes y cualquier variación les preocupa mucho.
4. En lo que a la conducta o actividad sexual se refiere, la masturbación – mucho más frecuente en los varones – se intensifica o se inicia. Y si bien es un acto de autogratificación, considerado normal a cualquier edad, en esta etapa se realiza frecuentemente con sentimientos de temor o culpa, según lo que equivocadamente se le haya inculcado al joven. Lamentablemente, todavía se le considera causante de debilidad física o mental, de acné, de cansancio, etc, por padres y aún por maestros. Suele también haber enamoramiento de “ídolos”, más evidente en las mujercitas, que suelen fantasear en romances con personas mayores, como cantantes, artistas, deportistas o maestros, por ejemplo.

Asimismo, en un porcentaje de adolescentes de estas edades se dan las llamadas “relaciones pseudohomosexuales” que son aquellas atracciones físicas o emocionales calladas, sublimadas o disimuladas hacia compañeros del mismo sexo y que son transitorias. Son más frecuentes entre mujeres que expresan su amistad con intensidad y que muchas veces

se dan acercamientos o contactos físicos mayores que lo usual pero sin el reconocimiento de una verdadera atracción sexual. En la inmensa mayoría de los casos son olvidadas.

La actividad social entre ambos sexos aumenta notoriamente en esta etapa, siendo muy importantes las reuniones en grupos mixtos, los flirteos, atracción física superficial, encantamientos ilusorios y temporales. Y, ya suelen verse contactos físicos superficiales entre chicos y chicas, como besos o caricias. Es rara la actividad coital.

ADOLESCENCIA INTERMEDIA (hombres de los 15 a los 17 años, mujeres de los 14 a los 16 años aproximadamente):

1. La identidad y el rol genérico están ya completamente definidos, y la sensación, convencimiento, satisfacción y el comportamiento son acordes con su sexo, salvo en aquellos casos de homosexualidad en proceso y que causa actitudes distintas.
2. La orientación sexual es mucho más clara que en la etapa anterior y la atracción hacia el sexo opuesto es muy impulsiva, súbita, intensa, erótica e impersonal. Si existe homosexualidad verdadera, ya la atracción por el mismo sexo se hace más franca y algunas veces muestra evidencias detectables.
3. La imagen corporal ya está plasmada y tratan de ser lo más atractivos posible, para lo que, en la actualidad, recurren frecuentemente a modificaciones corporales como cortes de cabello inusuales, anillos o aretes en el ombligo, labios, lengua y hasta genitales; o los famosos tatuajes. Actualmente, lo inusual, lo llamado “diferente”, resulta atractivo.
4. En cuanto a la actividad sexual, los jóvenes de estas edades continúan masturbándose pero con menos sentimientos negativos, es más elaborada e imaginativa. Las relaciones sexuales, coitales o no, son más intensas, impulsivas, impensadas y con poca reciprocidad. Por la poca responsabilidad desarrollada por estos jóvenes los problemas asociados

con la actividad sexual son frecuentes: ETS, embarazo no deseado, reacciones emocionales, etc.

ADOLESCENCIA AVANZADA (hombres de 17 a los 20 años, mujeres de los 16 a los 19 años):

Durante esta ya son jóvenes maduros orgánica y sexualmente. Es la etapa usualmente del final de la educación media superior o inicio de estudios superiores o de actividad laboral. Hay menos riesgos que en la etapa anterior.

1. La identidad y el rol sexuales son maduros, tipo adulto.
2. La orientación heterosexual ya definida en la gran mayoría de los jóvenes, aunque en los casos de homosexualidad o transexualismo, puede demorarse al proceso de su reconocimiento y aceptación.
3. La imagen corporal es plena y definida; y quienes están descontentos con ella suelen ya haber aceptado su realidad física o estar próximos a lograrlo.
4. La actividad sexual es más responsable y recíproca, ligando lo erótico con lo sentimental o romántico. Es más específica, hacia determinada persona; suelen haber amores duraderos.

La descripción anterior es la evolución que se debe esperar en el adolescente y, de no ser así, se debe investigar la posible existencia de factores de interferencia.

1.2 Teorías de desarrollo.

Como hemos visto la adolescencia es una etapa vital con características muy particulares, pero todas ellas representan cambios muy importantes en el individuo que deja de ser niño para convertirse en adulto y en base a estos cambios que ocurren durante la adolescencia existen teorías que nos permitirán conocer aspectos más específicos en esta etapa como la teoría de Erikson la cual propone el principio epigenético que consiste principalmente en el desarrollo de la personalidad a través de la resolución progresiva de los

conflictos entre las necesidades personales y las demandas sociales; Así mismo la teoría de Dunphy la cual describe las interacciones entre pares durante la adolescencia a través de los estadios de las interacciones.

1.2.1 Erikson

Erik Erikson abordó el problema de la adolescencia desde la perspectiva de una teoría general del desarrollo humano, considerando que además del propio crecimiento y dinámica individual es igualmente importante para el desarrollo la influencia del ambiente social.

Según Erikson (Cueli, 1992), la identidad del yo tiene dos aspectos. El primero o enfoque interno, es el reconocimiento de la persona de su propia unidad y continuidad en el tiempo; esto es conocerse y aceptarse uno mismo. El segundo o enfoque externo, es el reconocimiento individual y su identificación con los ideales y patrones esenciales de su cultura; esto incluye el compartir un carácter esencial con otros.

Propone que el individuo pasa por siete crisis psicosociales durante su crecimiento, cada una planteada como una lucha entre dos características conflictivas de la personalidad.

- 1.- *Autonomía vs, vergüenza y duda*
- 2.- *Iniciativa vs culpa*
- 3.- *Industria vs inferioridad*
- 4.- *Identidad vs confusión de rol*
- 5.- *Intimidad vs aislamiento*
- 6.- *Generatividad vs estancamiento*
- 7.- *Integridad del yo vs desesperación*

Por la edad y el nivel educativo podemos inferir que los adolescentes de nuestra muestra se encuentran inmersos en las crisis cuatro y cinco de acuerdo a Erikson:

Identidad vs confusión de rol

La infancia propiamente dicha llega a su fin y empieza la juventud. Todo se pone en duda por la rapidez del crecimiento corporal y el agregado de la madurez genital. El individuo se preocupa por lo que parece ante los ojos de los demás.

En la búsqueda de su identidad, los adolescentes deben librar muchas batallas de años anteriores y establecen ídolos e ideas perdurables para su identidad final.

La integración tiene lugar bajo la forma de identidad yoica, que es hasta entonces la confianza acumulada en si misma.

El peligro que se presenta en esta etapa es la confusión de rol, cuando se tiene duda de la propia identidad sexual, los episodios de delincuencia y psicóticos, no son raros, lo que perturba al joven es la incapacidad para decidirse por una identidad ocupacional, se sobreidentifica hasta el punto de perder la identidad.

Los adolescentes pueden ser exclusivistas y crueles con todos los que son "distintos", esto se presenta como una defensa contra una confusión en la identidad. Al buscar los valores sociales que guían la identidad única enfrenta los problemas de la ideología y la aristocracia.

Se inicia la etapa de enamoramiento, que constituye un intento por llegar a una definición de la propia identidad, proyectando la imagen yoica en otra persona.

Intimidad vs aislamiento

La fortaleza adquirida en cualquier etapa se pone a prueba ante la necesidad de trascenderla de modo que el individuo pueda arriesgar lo más precioso de la etapa anterior. El adulto joven, está ansioso y dispuesto a fundir su identidad con la de otros, están preparados para desarrollar la intimidad que implica tener relaciones con otras personas en las que se sienten lo bastante fuertes como

para hacer sacrificios por el bien del otro, sin perderse en la identidad de éste; el auténtico amor sexual puede florecer en este punto. El problema potencial durante esta etapa es el aislamiento, el fracaso a comprometerse en una relación amorosa por miedo a la competencia o por inseguridad. Erikson (Hoffman, 1995)

1.2.2 Estadios en las interacciones entre pares. Dunphy

Dunphy (Pérez, 2002), efectuó una serie de “observaciones participantes” entre varios centenares de adolescentes entre los 13 y 21 años procedentes de distintos medios socioeconómicos.

Se han distinguido dos grupos a los que se llamará *grupos primarios* o “camarillas” y *grupos secundarios* o “bandas”. Los grupos primarios, procuran un medio acogedor que puede sustituir a la familia. La actividad principal de estos grupos es la de “discutir”, para preparar y evaluar las actividades del grupo secundario. El grupo secundario permite la realización de actividades sociales más organizadas, más ventajosas y constituye la ocasión de encuentro entre los sexos.

Dunphy distingue cinco estadios de desarrollo:

- *Estadio 1:* Se observan camarillas unisexuales aisladas de muchachos más jóvenes.
- *Estadio 2:* Primeras interacciones entre camarillas unisexuales.
- *Estadio 3:* Camarillas heterosexuales (las primeras citas)
- *Estadio 4:* Camarillas mixtas asociadas en banda. La transformación de grupos primarios que se convierten en mixtos.

- *Estadio 5*: Desintegración progresiva de la banda, por la formación de parejas más estables.

Se incluyeron las teorías de Erikson y Dunphy pues sus teorías describen con gran precisión las características de desarrollo esperadas para los adolescentes, haciendo sencilla la identificación de nuestra muestra con las etapas descritas por cada uno de los autores.

La información contenida en el curso taller de sexualidad será seleccionada con la finalidad de favorecer el desarrollo sexual del adolescente teniendo como marco de referencia las anteriores teorías.

1.3 Desarrollo biológico en la adolescencia.

El término pubertad se usa para designar el componente biológico de la adolescencia que abarca también las transformaciones intelectuales, emocionales, sociales y culturales. Todas esas transformaciones biopsicosociales se producen simultáneamente.

Según Marshall y Tanner (Silber, 1992), la pubertad comprende los siguientes elementos:

- Aceleración y desaceleración del crecimiento en la mayor parte de las dimensiones óseas y una gran parte de los órganos internos (estirón puberal).
- Modificaciones de la composición corporal que comprenden crecimiento del esqueleto y de los músculos, y de la cantidad y distribución de grasa.
- Desarrollo del sistema cardiovascular y respiratorio, con incremento de la fuerza y resistencia principalmente del sexo masculino.
- Desarrollo de las gónadas los órganos de reproducción y los caracteres sexuales secundarios (maduración sexual) (esquema 1 pág. 172)

“El término maduración sexual corresponde al conjunto de transformaciones morfológicas y fisiológicas que culminan en un cuerpo adulto con capacidad de procrear” (Silber, 1992, p.67).

Siguiendo con Silber (1992), nos dice que los cambios físicos propios de la pubertad se inician con un aumento rápido de estatura. Asimismo aumenta la circulación de hormonas propias de cada sexo que provocan la aparición de las características sexuales secundarias en niño y niña, comienza a sentirse con mayor intensidad el impulso sexual.

Las mujeres comienzan ese proceso de maduración alrededor de los 10-12 años de edad y los hombres entre los 12 y 14. En general podemos decir que el desarrollo en las niñas es más rápido que el de los varones, cuya maduración de funciones se da con mayor lentitud y continúa durante mayor tiempo que en las niñas.

El desarrollo físico y la maduración sexual biológica son dependientes de las hormonas sexuales y del funcionamiento del sistema endocrino en general.

La hipófisis controla y regula las secreciones de otras glándulas endocrinas. Mediante mensajes químicos contenidos en las hormonas hipofisarias llamadas gonadotropinas, se estimulan las glándulas sexuales –ovarios y testículos – para la maduración y liberación de óvulos y espermatozoides.

Las hormonas sexuales femeninas, que son estrógenos y progesterona, y la masculina, que es la testosterona, al iniciarse la pubertad ingresan en gran cantidad al torrente circulatorio y son responsables de la mayoría de los cambios que ocurren en la pubertad.

Pero la hipófisis no es autónoma; células que se encuentran en una parte del cerebro, llamado hipotálamo controlan la liberación de gonadotropinas. El hipotálamo a su vez está influenciado por la corteza cerebral, y ésta, por todo el medio ambiente: el frío, el calor, la luz y sobre todo las emociones, que modifican e influyen el sistema reproductor.

Las características sexuales suelen catalogarse en primarias y secundarias. Las primarias son las que están presentes desde el nacimiento, y las secundarias las que se desarrollan en la pubertad.

Pubertad en la mujer Silber (1992):

Debemos definir concretamente la pubertad como un período de la vida de la mujer que comprende varios años durante el cuál se alcanza la edad fértil o madurez sexual.

Está formado a su vez por cuatro períodos.

1. *Prepuberal*.- Se inicia aproximadamente a los diez años de edad. Al iniciar la pubertad hemos de considerar unos cambios locales del aparato genital, unos cambios generales del organismo y otros psíquicos.

- Crecimiento de labios mayores, labios menores, clítoris y útero.
- Incremento en la estatura

2. *Puberal*.-Se inicia con la primera menstruación ó menarquia; - aproximadamente entre los 10 y 15 años- en este período no implica que se produzca ovulación, por el contrario es anovulatorio, es decir; estéril. Durante este período se desarrollan los caracteres sexuales secundarios variando sumamente según la constitución corporal.

- Aparece vello en las axilas y pubis.
- Distribución de grasa en músculos, piernas y caderas.
- Crecimiento de pecho.

3. *Postpuberal*.- Se alcanza el total desarrollo de la niña, que se transforma en mujer, se perfecciona la forma del cuerpo femenino y se completa la maduración psicológica. Como cambios psíquicos se produce un desarrollo de la inteligencia, del carácter y de la personalidad; esta evolución viene ya condicionada desde la infancia debido a factores de herencia y ambiente. Este período se comprende entre los 16 y 18 años

4. *Nubilidad*.- Es la época en que la mujer completa su madurez con plena actitud para la función reproductiva; hacia los 18 años. Se alcanza el grado máximo de desarrollo funcional y el aparato genital se hace apto para su plena función reproductora.

La menstruación se presenta en la mujer mes tras mes, durante 3, 4 ó más días, ya que no hay una norma que defina la duración del ciclo, pues esto depende de la constitución física individual, alimentación, etc.

Pubertad en el Hombre

Los períodos en que dividimos la época de la pubertad en la mujer son mucho menos acusados en el hombre, por tal motivo describiremos globalmente la cronología de la pubertad masculina.

La pubertad principia en el hombre, como en la mujer, por un crecimiento corporal, este aumento de estatura aparece un poco más tarde en el niño – hacia los 12 ó 14 años- que en la niña.

De los 13 a los 14 años aproximadamente aparece el vello pubiano juvenil, sobre los 14 ó 15 años aparece el vello axilar y se produce una intensificación del desarrollo muscular, en esta época se incrementa el tamaño de los órganos genitales, muy aparente es el cambio de la voz. Aparecen las primeras eyaculaciones que pueden ser voluntarias (mediante la masturbación) o involuntarias (emisiones nocturnas durante el sueño).

Hacia los 16 –18 años brota el vello facial, continuando el aumento de los genitales y el crecimiento corporal general, que se completa con la morfología típicamente masculina de los 19 a los 22 años, conjuntamente con el total desarrollo de la psicología varonil.

CAPITULO II ACTITUDES Y SEXUALIDAD

2.1 Concepto de actitudes.

La actitud ha sido definida bajo una gran gama de conceptos. Indudablemente este es un tema de los más estudiados en el campo de las ciencias humanas, lo que explica la heterogeneidad de definiciones que se pueden encontrar.

A continuación se señalan algunas de ellas:

"... la actitud es una disposición fundamental que interviene en la determinación de las creencias, sentimientos y acciones de aproximación- evitación del individuo con respecto a un objeto" Cook y Selltiz (Summers, 1976, p. 16).

"El concepto de actitud denota la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico" Thurstone (Summers, 1976, p.158).

"...una multitud de términos aparentemente no relacionados como pulsión adquirida, creencia, reflejo condicionado, fijación, juicio, estereotipia, valencia, sólo para mencionar algunos son sinónimos funcionales del concepto de actitud"

Kidder y Campbell (Summers, 1976, p.13).

"...la actitud corresponde a ciertas regularidades de los sentimientos, pensamientos y predisposiciones de un individuo a actuar hacia algún aspecto del entorno" Secord y Backman (Worchel y Cooper, 2004, p.133).

"La actitud es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreta con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad" Eagly y Chaiken (Morales, 1999, p.194).

"Es el grado de afecto positivo o negativo hacia un objeto psicológico" (Pick, 1985).

"Las actitudes son las disposiciones según las cuales el hombre queda bien o mal dispuesto hacia sí mismo y hacia otro ser, son las formas que tenemos de reaccionar ante los valores. Predisposiciones estables a valorar de una forma y actuar en consecuencia. En fin, son el resultado de la influencia de los valores en nosotros" (Alcántara, en Morales 2000, p.9).

"Las actitudes son como factores que intervienen en una acción, una predisposición comportamental adquirida hacia algún objeto o situación" (Bolívar, 1995, p. 72).

Las actitudes son creencias internas que influyen en los actos personales y que reflejan características como la generosidad, la honestidad o los hábitos de vida saludables. (Schunk, en Morales 2000)

El concepto de actitud para Martínez, en Morales (2000) se refiere a las concepciones fundamentales relativas a la naturaleza del ser humano, implica ciertos componentes morales o humanos y exige un compromiso personal y se define como una tendencia o disposición constante a percibir y reaccionar.

"...predisposición aprendida, no innata, y estable aunque puede cambiar, a reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable ante un objeto (individuo, grupo, situaciones, etc.)" (Morales, 2000, p.24).

Para Fishbein y Ajzen (1977), las actitudes hacia un comportamiento determinado son un factor de tipo personal que comprende los sentimientos afectivos del individuo positivo o negativo con respecto a la ejecución de una conducta en cuestión.

Estas son sólo algunas de las muchas definiciones que podemos encontrar sobre las actitudes; de todas ellas se pueden inferir una serie de aspectos fundamentales del enfoque popular que denotan las actitudes en función de sus implicaciones individuales y sociales.

Morales, (1999) Destaca entre estos aspectos:

1. Las actitudes son adquiridas. Toda persona llega a determinada situación, con un historial de interacciones aprendidas en situaciones previas. Así, pueden ser consideradas como expresiones comportamentales adquiridas mediante la experiencia de nuestra vida individual o grupal.

2. Implican una alta carga afectiva y emocional que refleja nuestros deseos, voluntad y sentimientos. Hacen referencia a sentimientos que se reflejan en nuestra manera de actuar, destacando las experiencias subjetivas que los determinan; constituyen mediadores entre los estados internos de las personas y los aspectos externos del ambiente.

3. La mayoría de las definiciones se centran en la naturaleza evaluativa de las actitudes, considerándolas juicios o valoraciones (connotativos) que traspasan la mera descripción del objeto y que implican respuestas de aceptación o rechazo hacia el mismo.

4. Representan respuestas de carácter electivo ante determinados valores que se reconocen, juzgan y aceptan o rechazan. Las actitudes apuntan hacia algo o alguien, es decir, representan entidades en términos evaluativos de ese algo o alguien; "...cualquier cosa que se puede convertir en objeto de pensamiento también es susceptible de convertirse en objeto de actitud" Eagly y Chaiken (Morales, 1999, p.195)

5. Las actitudes son valoradas como estructuras de dimensión múltiple, pues incluyen un amplio espectro de respuestas de índole afectivo, cognitivo y conductual.

6. Siendo las actitudes experiencias subjetivas (internas) no pueden ser analizadas directamente, sino a través de sus respuestas observables.

7. La significación social de las actitudes puede ser determinada en los planos individual, interpersonal y social. Las actitudes se expresan por medio de

lenguajes cargados de elementos evaluativos, como un acto social que tiene significado en un momento y contexto determinado.

8. Constituyen aprendizajes estables dado que son aprendidas, son susceptibles de ser fomentadas, reorientadas e incluso cambiadas; en una palabra, enseñadas.

9. Están íntimamente ligadas con la conducta, pero no son la conducta misma; evidencian una tendencia a la acción, es decir, poseen un carácter preconductual.

10. Esta conceptualización proporciona indicios que permiten diferenciar las actitudes de elementos cercanos a ellas como son los valores, los instintos, la disposición, el hábito, entre otros. Las actitudes se diferencian de los valores en el nivel de las creencias que las componen; los valores trascienden los objetos o situaciones, mientras que las actitudes se ciñen en objetos, personas o situaciones específicas. Se diferencian de los instintos en que no son innatas sino adquiridas y no se determinan en un solo acto, como el caso de los instintos. Se distinguen de la disposición por el grado de madurez psicológica; la actitud es más duradera, la disposición es más volátil.

La actitud difiere de la aptitud en el grado de la integración de las distintas disposiciones. La aptitud es la integración de varias disposiciones; la actitud es la unión de varias aptitudes, lo que se expresa con una compleja carga emocional. Por su parte el hábito, referido a acción se integra a las aptitudes para brindar mayor solidez y estructura funcional a las actitudes.

Al amparo de este marco conceptual, conviene señalar la gran importancia que ha acaparado este concepto de estudio del campo de La Psicología y su estrecha relación con los nuevos enfoques que se le han brindado a La Pedagogía, como una salida a la necesidad de la creación de actitudes y disposiciones para responder a los cambios necesarios para el funcionamiento de la sociedad en diversos ámbitos.

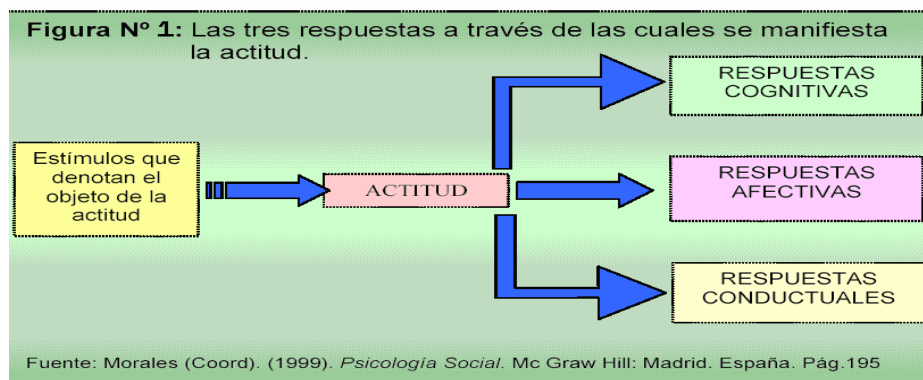
Así, "las actitudes" siendo uno de los principales constructos de la Psicología Social, ha ido alcanzando una gran implicación en el campo educativo; principalmente en las áreas donde se convergen tal como lo es, la educación sexual.

2.2 Componentes de las actitudes

Como ya se ha indicado, la condición de las actitudes como estado psicológico interno constituye la mayor dificultad para su estudio y determinación de manera directa. Sin embargo existe consenso en considerar su estructura de dimensión múltiple como vía mediante la cual se manifiestan sus componentes expresados en respuestas de tipo cognitivo, afectivo y conativo (Figura N° 1).

"La coexistencia de estos tres tipos de respuestas como vías de expresión de un único estado interno (la actitud), explica la complejidad de dicho estado y también que muchos autores hablen de los tres componentes o elementos de la actitud" (Morales, 1999, p. 195).

Los **Componentes Cognitivos** incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación.



Los **Componentes Afectivos** son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud.

Los **Componentes Conativos**, muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas.

Todos los componentes de las actitudes llevan implícito el carácter de acción evaluativo hacia el objeto de la actitud. De allí que una actitud determinada predispone a una respuesta en particular (abierta o encubierta) con una carga afectiva que la caracteriza. Frecuentemente estos componentes son congruentes entre sí y están íntimamente relacionados; "...la interrelación entre estas dimensiones: los componentes cognitivos, afectivos y conductuales pueden ser antecedentes de las actitudes; pero recíprocamente, estos mismos componentes pueden tomarse como consecuencias. Las actitudes preceden a la acción, pero la acción genera/refuerza la actitud correspondiente" (Bolívar, 1995 p.74)

Por otra parte es conveniente insistir que la consideración de los tres tipos de respuestas (componentes), no significa de ninguna manera que la actitud pierda su carácter de variable unitaria. Como ya se ha señalado, la actitud es la condición interna de carácter evaluativo y tal como indican diversos autores las respuestas cognitivas, afectivas y conativas no son más que su expresión externa.

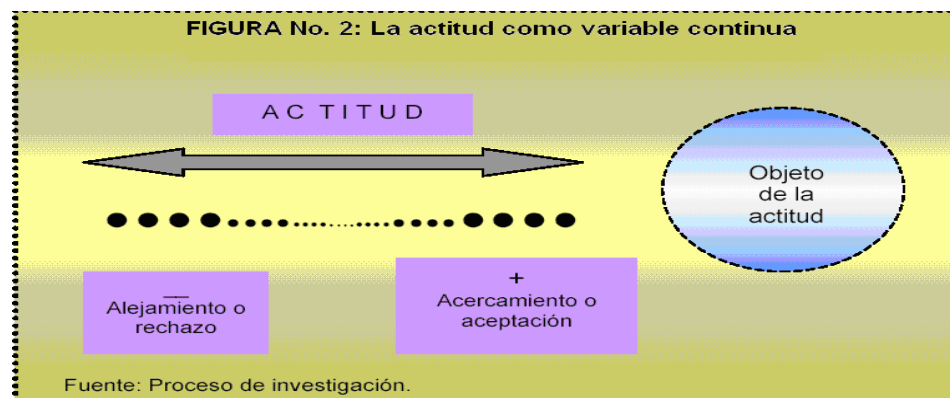
En este sentido, (Brecler en Morales, 1999), presenta dos premisas fundamentales:

a) Cualquier actitud se puede manifestar a través de tres vías que se diferencian entre sí, pero que convergen porque comparten un sustrato o base común, ya que todos representan la misma actitud.

b) Cada tipo de respuesta se puede medir con la utilización de diferentes índices; la relación entre los índices diferentes de la misma respuesta debe no sólo ser positiva sino también intensa.

Estas premisas representan dos importantes fundamentos de la concepción estructural de las actitudes, que ha facilitado su estudio y el desarrollo de toda una teoría que busca explicar la relación entre los componentes cognitivos, afectivos y conativos.

2.3 Características de las actitudes



Es posible distinguir los siguientes elementos que caracterizan a las actitudes:

Signo: las actitudes se diferencian en buenas o positivas si se dirigen a los valores; malas o negativas si se disponen a actos contrarios a nuestra naturaleza y nos orientan hacia los contravalores o si nos alejan de los objetos y situaciones que representan valores con cierto nivel de intersubjetividad social.

Dirección: que se deriva del signo de la actitud y que se evidencia con el acercamiento/aceptación o con el alejamiento/rechazo hacia el objeto de la actitud. Se indica en términos bipolares (acepto/rechazo, positiva/negativa).

Magnitud o intensidad: que se refleja por el grado de acercamiento/aceptación o alejamiento/rechazo hacia el objeto o situación de la actitud. Queda indicada por el nivel de polarización de la actitud.

Producto de la concepción de las actitudes como variables continuas, configuradas por componentes cognitivos, afectivos y conativos aparece la consideración de tres características importantes de este concepto: la bipolaridad, la consistencia y la ambivalencia actitudinal.

El uso del término "**polaridad**" depende de la conceptualización de la actitud en estudio y de la dimensionalidad que se le infiere; la posición adoptada depende de los "referentes criterioles" que asumimos para fijar nuestra posición; "... en aquellas actitudes en las que las personas tienen referentes criterioles sólo o predominantemente positivos, no se puede mantener la idea de la unidimensionalidad y bipolaridad actitudinal" (Morales (Coord.), 1999, p. 203).

En torno a la "**consistencia**", dado que se acepta que la actitud puede ser reflejada mediante tres formas distintas, resulta lógico pensar que tales formas son congruentes y que sus expresiones coinciden en la dirección y en el sentido que muestran de la actitud en estudio. En tal caso, tanto las evaluaciones parciales de cada uno de los componentes como la evaluación global de la actitud, deben armonizar de manera que garantice la consistencia actitudinal.

2.4 La relación actitud-conducta.

Hablar de la relación actitud-conducta trae a referencia un tema que ha sido de amplia discusión en el campo de la Psicología Social con implicación en el ámbito educativo.

Resulta familiar la similitud entre la distinción tradicional de los objetivos educativos (cognitivos, afectivos, conductuales) y la concepción estructural de las actitudes. (Figura N° 3). Esta perspectiva ha servido de base para la aceptación, prácticamente generalizada, del claro influjo entre los componentes cognitivos y los componentes afectivos de las actitudes; sin embargo no puede decirse lo mismo de la relación entre las actitudes (resultado de sus medidas) y las evidencias de conducta externa manifestadas por una persona (Morales, 2000). En tal sentido, Fishbein y Ajzen (1977), plantean que existe un cierto acuerdo en considerar las actitudes como un factor importante, pero no el único, en la determinación de las conductas externas.

Figura N° 3: Similitud entre objetivos educativos y actitudes.

OBJETIVOS EDUCACIONALES		ACTITUDES	
Dominio cognitivo	Conocimientos	Componentes cognitivos	Creencias Opiniones Información
Dominio afectivo	Intereses Actitudes Valores	Componentes afectivos	Gusto-disgusto Atracción-rechazo A favor - en contra
Dominio conductual	Conducta manifiesta	Componentes conativos	Acciones o tendencia de actuación a favor o en contra de...

Fuente: Adaptado de Morales, Pedro (2000). *Medición de actitudes en Psicología y Educación*. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.

Durante mucho tiempo ha permanecido vigente la inquietud o intención de algunos autores en el sentido de otorgar, al estudio y medición de las actitudes, "valor predictivo" con relación a la conducta.

Es así como encontramos referencias a los trabajos de Thurstone, Dillehay y Kraus entre otros, quienes con sus aportes intentan dejar bien clara esta relación.

2.5 Escala de medición actitudinal.

Summers (1976), menciona los métodos más conocidos para medir por escalas las variables que constituyen actitudes; Las cuales son: Thurstone, Likert, Diferencial Semántico y Escala de Guttman

Thurstone

Este método se inventa en 1938 por Louis Leon Thurstone el cual consiste en reunir opiniones sobre determinado objeto, persona o institución. Las opiniones varían desde las de carácter muy positivo hasta las francamente negativas.

Estos criterios se exponen luego a un grupo de individuos quien los juzgan según una escala de siete puntos, en la que el punto uno representa una actitud extrema (favorable o desfavorable) y el siete el extremo contrario.

Likert

Este método fue desarrollado por Rensis Likert a principios de los treinta; Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que exteriorice su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala a cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con relación a todas las afirmaciones.

Diferencial Semántico

El Diferencial Semántico fue desarrollado originalmente por Osgood, Suci y Tannenbaum a finales de la década de los cincuenta para explorar las dimensiones del significado. Pero hoy en día consiste en una serie de adjetivos extremos que califican al objeto de actitud, ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. Es decir, este tiene que calificar al objeto de actitud en conjunto de adjetivos bipolares, entre cada par de adjetivos se presentan varias opciones y el sujeto selecciona aquellas que refleje su actitud en mayor medida.

Guttman

Este método para medir actitudes fue desarrollado en la década de los cuarenta por Louis Guttman. Se basa en el principio de algunos ítem indican en mayor medida la fuerza o intensidad de la actitud. La escala esta constituida por afirmaciones, las cuales poseen las mismas características que en el caso de Likert. Pero el escalograma garantiza que la escala mide una dimensión única. Es decir cada afirmación mide la misma dimensión de la misma variable, a esta propiedad se le conoce como “unidimensionalidad” Esta escala es de tipo acumulativo ya que la respuesta positiva a un ítem anterior también ha sido contestado en forma positiva.

Los tipos de reactivos que se usan son por lo común los que pueden contestarse en forma dicotomica: aceptar o rechazar, correcto o incorrecto. Estos reactivos corresponden a un nivel creciente de dificultad.

Para fines de esta investigación se decidió utilizar la Escala Tipo Likert para la medición de las actitudes, ya que gracias a sus características estructurales permite la aplicación del instrumento de una manera sencilla y eficaz, así mismo su construcción y calificación resulta simple.

2.6 La influencia de las actitudes en la sexualidad.

Las investigaciones realizadas en los últimos años por IMIFAP han identificado variables psicosociales que afectan la salud sexual de los y las adolescentes. Algunas de estas variables son: el nivel de conocimientos y las actitudes hacia la sexualidad y prevención de enfermedades, así como la percepción de actitudes de familiares y amigos hacia la sexualidad, información sobre conceptos básicos de sexualidad; elección de un proyecto de vida y estrategias de comunicación entre otras (Pick de Weiss, Atkin, Gribble, Andrade, 1991)

En lo revisado respecto a las actitudes se explica claramente como estas son posibles predictoras de la conducta, en este caso en lo referente a lo sexual. Por lo que las actitudes pueden ser modificadas favorablemente mediante la información objetiva y veraz de contenidos respecto a la sexualidad, con la

finalidad de propiciar en el adolescente conductas sexuales responsables. Por tanto una actitud favorable hacia la sexualidad es un buen predictor de una conducta sexual responsable.

Dónde se aprenden las actitudes sexuales

Las actitudes sexuales son la forma en la que percibimos la sexualidad: positiva, negativa, neutra, responsable, irresponsable, valiosa, peligrosa, etc. Las actitudes se forman a partir de experiencias personales, modelos de personas importantes a lo largo de la vida y por aquello es que se enseña a través del sistema educativo, familia y los medios masivos.

¿El conocimiento sexual garantiza una conducta adecuada?

Según Fishbein y Ajzen (1977), a la actitud se le considera como una posición general que no predispone a la persona a adoptar ninguna conducta específica; mas bien origina una serie de intenciones que indican cierto grado de afecto hacia el objeto en cuestión.

Este concepto nos lleva a confirmar que aunque un conocimiento sea acertado y por consiguiente la actitud, no necesariamente determina una conducta con las mismas características. El hecho de que el adolescente conozca que en la farmacia venden condones y este a favor de su uso, no es indicador de que tenga la habilidad para ir a comprarlo sí consideramos que en asuntos de interacción social es un tema tabú. Pero sí podemos asegurar que los adolescentes que poseen mejores conocimientos y una mejor comprensión del sexo y sexualidad, tienen más probabilidades de asumir actitudes favorables y practicar un comportamiento acertado.

Finalmente, Fazio y Zanna (Myers, 1995), hacen referencia a la "potencia de las actitudes", señalando que las actitudes surgidas de nuestra propia experiencia en momentos claves, así como el conocimiento respecto al tema imprimen una huella más honda en nuestro actuar. Así, las actitudes "más poderosas" contribuyen en mayor escala a predecir más acertadamente nuestras conductas.

La idea entonces, es tratar de maximizar la potencia de las actitudes en estudio, trayéndolas a la mente y haciendo autoconscientes a las personas de sí mismas y de sus actitudes "más potentes", como medio para fomentar la consistencia entre palabras y acciones.

Más adelante en el tema Sexualidad en la adolescencia, veremos que factores influyen en las actitudes de los adolescentes hacia la sexualidad.

CAPITULO III EDUCACION SEXUAL Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN LOS JOVENES MEXICANOS

3.1 La Educación Sexual

La Educación sexual según Corona (Aguilar y Mayen, 1996) es:

El proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, informal y formalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde aspectos biológicos y aquellos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos. Es especialmente importante considerar el papel que el género juega en este proceso. (p.309)

La educación sexual es parte indispensable de la educación integral y la educación integral es necesaria para el desarrollo armónico de los individuos, no hay manera de ofrecer una educación sexual adecuada sin inculcar simultáneamente las ideas de responsabilidad para consigo mismo y para con los demás, de equidad entre los sexos y de libertad.

En nuestros días, no podemos ignorar que los temas de sexualidad se exhiben cotidianamente en la televisión, los videos, las revistas y la mayoría de las veces, de manera deformada y deformante.

La educación sexual es asunto tanto de la familia como de la escuela, pues el desarrollo sexual se manifiesta en éstos ámbitos y es deseable que en uno y en otro se den las condiciones que promuevan que sea sano y responsable, es decir, estar obligado a dar respuestas a la altura de los problemas que la realidad nos coloca delante.

Es importante hablar objetivamente de los temas sexuales, de esos temas que en el pasado reciente parecían intocables porque ahora existe la necesidad de conocer el cuerpo para proteger la salud, para resolver dudas, para relacionarse con los demás y para desarrollarse plenamente.

Ya no es posible mantener el lenguaje encubridor ni las actitudes evasivas que conocimos en nuestra infancia quienes hoy somos adultos, la educación sexual debe preparar a los adolescentes para que en el futuro ejerzan y disfruten su sexualidad de manera responsable, ya que con ella habrán de establecer las bases del respeto y de la tolerancia que son indispensables para toda forma de convivencia armónica entre los individuos y, obviamente, para la sana y constructiva convivencia de los individuos en sociedad.

3.2 La educación sexual en México

La educación sexual en México se orienta fundamentalmente a los jóvenes sustentada en el paradigma de las ciencias naturales de lo cual derivan modelos funcionalistas para la investigación y para su pedagogía. La primera al apearse a su esquema reduccionista, impide el abordaje del problema de manera integral, dejando fuera de su interés los trasfondos socio y psicogenéticos. En este sentido se tiene la idea que proporcionando información, generalmente de carácter biomédico, se modificarán las actitudes, sin considerar que éstas son reflejos de estructuras psíquicas de profundo origen transgeneracional.

Opinan Szas y Lerner (1998), sobre la educación sexual en México como en otros países:

Las investigaciones sociodemográficas y epidemiológicas y las evaluaciones de los programas preventivos han señalado reiteradamente la existencia de una “brecha” entre la información que tienen las personas sobre las medidas para prevenir o espaciar los

embarazos o el conocimiento de medidas para prevenir el contagio de ETS y las actitudes y prácticas de esas personas. (p.13)

Por ello se aportan reflexiones que producidas en investigaciones no cuantitativas favorezcan una visión y comprensión hermenéutica del problema, que arraiguen a la investigación y a la pedagogía de la sexualidad, en esquemas que incorporen a la familia sincrónicamente abordada como eje fundamental y a la enseñanza en la profundización del origen de las resistencias individuales y de las represiones manifiestas en autocontroles superyoicos producto de un proceso de civilización que escapa de la comprensión y de la reflexión cotidiana .

3.3 La Historia de la Educación Sexual en México.

Según Corona (Aguilar y Mayen, 1996), la historia de la educación pública en el México del Siglo XX, registra en la primera década programas de educación sexual con carácter preventivo y de salud pública, su orientación hizo que la operación de los mismos recayera entonces en la Secretaría de Salud; sin embargo, habiendo sido propuestos durante el Porfiriato, dos años antes de que estallara la Revolución de 1910, se sustentaban en los valores morales de la clase burocrática afrancesada alimentados a su vez, en los modelos victorianos del bien hacer y ser.

En 1932, como producto del ejercicio de los gobiernos revolucionarios, que se definían socialistas y anticlericales, la Secretaría de Educación promovió el primer Proyecto de Educación Sexual; dirigido a los niños que cursaban el 5º y 6º grados de la educación primaria, entonces llamados grados superiores, incorporando sus contenidos a los cursos de historia natural e higiene escolar. La Iglesia Católica aliada a las *buenas familias*, defensoras de la decencia y la moralidad, incendiaron la prensa con ataques y reclamos de los padres de familia a quienes decían representar, y a cuyo nombre exigían el derecho absoluto y exclusivo de luchar contra la criminal iniciativa y brindar educación sexual a sus hijos en el seno del hogar, bajo el resguardo de la más grave intimidad y con pleno apego a la buena tradición. La resistencia iniciada por

estos grupos costó incluso la renuncia del entonces Secretario de Educación y consecuentemente la detención de los programas de educación sexual propuestos.

Tres décadas más tarde, el impacto de la expansión demográfica que comenzó a presionar por mejores y mayores servicios educativos de nivel superior, pero sobre todo de nivel básico; más fuentes de empleo, de programas de vivienda y servicios básicos; así como la exigencia de los Estados Unidos de cumplir los acuerdos de la Alianza para el Progreso firmada diez años antes, combinada con las políticas mundiales sobre el control de la natalidad dirigidas a los países subdesarrollados o del tercer mundo, concepto entonces recién estrenado, dio como resultado la formación del Consejo Nacional de Población en el año de 1974. Con el Programa Nacional de Planificación Familiar, financiado por el Gobierno Mexicano se ofrecieron servicios de educación sexual en las instituciones públicas de salud, en las escuelas y directamente en las comunidades marginadas y rurales. Como era de esperarse, los ejes de la educación sexual se centraba en los problemas de la reproducción; entonces, la paternidad responsable y los métodos anticonceptivos, deberían coadyuvar a reducir fundamentalmente los índices demográficos. Los contenidos escolares y de educación extraescolar, la población señalada como objetivo, la pedagogía y las técnicas didácticas y de difusión, están cargadas de una ideología que Paulo Freire, señalaría como la apropiada para los oprimidos. La modificación de los comportamientos y prácticas sexuales tenían su base y consecuencia en la ignorancia pero sobre todo, en la pobreza.

De cualquier forma, como acontece con todo lo instituyente, al incorporarse a los programas habituales de operación gubernamental, la intensidad fue menguando hasta normalizarse como el fundamento en la reducción de los índices demográficos. El SIDA vino a ser un nuevo detonante, la mortal enfermedad, entonces parcialmente conocida en sus formas de transmisión y efectos, pero asociada en un principio a las prácticas homosexuales y a la prostitución, favoreció la aceptación de la necesidad de promover nuevos comportamientos y prácticas sexuales a través de estrategias fundamentadas

en las acciones preventivas. La educación sexual fue el recurso por excelencia, planteada ahora como requisito para una vida de calidad y dirigida a las generaciones jóvenes de adolescentes y niños, incluso de preescolar.

El Programa de la SEP para la Modernización Educativa de 1989, junto a información relacionada con los cambios biológicos de la adolescencia, contemplaba el abordaje de asuntos referidos al desarrollo psicosocial y afectivo y desde luego al problema del SIDA, ampliándose la información a los progenitores a través de las Escuelas para Padres. En realidad, la puesta en marcha de los programas, no ha dejado de experimentar la resistencia organizada por parte de grupos abiertamente identificados a sí mismos como religiosos y de otros enmascarados pero coincidentes en propósitos y argumentos. (Aguilar y Mayen, 1996).

Durante el sexenio del Lic. Vicente Fox el Secretario de Salud, Frenk Mora en el periódico La Jornada declaró que la educación sexual deber verse como una inversión que en el futuro ayudará a prevenir casos de abuso sexual contra las mujeres, violaciones y embarazos no deseados, ya que una educación sexual bien fundamentada, con bases científicas, es en donde se pueden crear valores de respeto para prevenir actos de violencia e imposiciones.

Por su lado están las organizaciones civiles y de padres de familia que demandan frenar la distribución del libro de Ciencias de primero de Secundaria por la forma en que se aborda el tema de la educación sexual.

Argumentan que los libros que autorizó la SEP y que ya distribuyeron en los estados, carecen de rigor científico y en su análisis, estiman que se potencia el derecho al placer, a la masturbación y tener relaciones sexuales con protección. Indican además que los contenidos del bloque cuatro fomentan las conductas de riesgo de los adolescentes en materia de sexualidad, pues los libros tienen deficiencias, errores y falsedad científica.

Sin embargo la SEP aprueba dichos contenidos. El presidente de la Cámara de la Industria Editorial, José Ángel Quintanilla, aseguró que los nuevos libros para primer grado, en el marco de la Reforma de Educación Secundaria, fueron

aprobados por la Secretaría de Educación Pública (SEP). Mencionó, que los libros corresponden a los programas oficiales y se hicieron de acuerdo con las indicaciones y lineamientos educativos y pedagógicos de la SEP.

Caso especial de mencionar son las universidades, en las cuales desde luego tampoco aparecen en sus planes y programas curriculares, inclusive de las Escuelas de Psicología estudios específicamente orientados a la sexualidad humana, su conocimiento, comprensión, su educación o su terapéutica; estos asuntos generalmente se abordan en programas extracurriculares ofrecidos en eventos académicos como las "Semanas de Psicología" o Congresos, bajo la modalidad de conferencias, cursos talleres o seminarios. Reflejando lo anterior no solo una falla en el sistema educativo sino también en la preparación de futuros educadores sexuales.

El vacío identificado en la materia que nos ocupa, tanto en las instancias gubernamentales, como en los subsistemas educativos mencionados, ha sido de alguna manera llenado, al menos así lo han intentado, por instituciones societarias, generalmente sostenidas por fundaciones y organizaciones internacionales, entre otras, ejemplo de ello en México es Mexfam, asociación civil, fundada en 1965 pero funcionando con la denominación citada desde 1984, a través de programas de difusión y educación comunitaria, publicaciones y de formación de promotores y educadores sexuales. Dichos grupos han trabajado arduamente, pero tenemos un país de dos millones de kilómetros cuadrados, con una gran diversidad geográfica que dificulta los accesos a las comunidades y su población; México cuenta arriba de 80 millones de habitantes de los cuales más de la mitad son jóvenes y niños, todo sin dejar de considerar el gran número de etnias, generalmente marginadas, quienes tienen sus propias formas de tratar el asunto de la sexualidad; esa es la magnitud de nuestra tarea.

Según González (1994), uno de los principales obstáculos para las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en el ámbito de la planificación familiar, la educación y la salud sexual ha sido la oposición de varios grupos conservadores, animados por una ideología

represiva acerca de la sexualidad, y que cuentan con el apoyo de la jerarquía católica, y de diversos sectores políticos y empresariales.

Lo hasta ahora comentado brinda una idea general de la situación prevaleciente en México en cuanto a programas de investigación sobre sexualidad y educación sexual se refiere.

3.4 Premisas para la justificación y operación de los Programas de Educación Sexual.

El análisis de las expectativas, los propósitos, las estrategias, los contenidos y la pedagogía explícita o implícitamente valorada, que es posible encontrar en libros de texto e información, artículos, ponencias, reseñas de investigación, etc., sobre comportamientos y prácticas de la sexualidad, así como de las necesidades u orientaciones de y para la educación sexual, permite identificar algunas ideas recurrentes:

A.- Se identifica como en otras muchas culturas occidentales, una sobrevaloración del conocimiento científicamente validado y del grado de avance que éste guarda. Se expresa con frecuencia que gracias a los logros científicos y tecnológicos del hombre de hoy, específicamente en la biomedicina, por primera vez en la historia de la humanidad el hombre tiene la libertad, aunque con la asunción de una alta responsabilidad - he aquí la contradicción -, para vivir su sexualidad (Giroux, 1992)

En un esquema un tanto funcionalista se señala reiteradamente que la aparición de actitudes convenientes y de las habilidades sociales para vivir la sexualidad, dentro de una nueva cultura del placer, dependen de la cantidad y calidad de información.

Para Giroux (1992):

Se afirma que la información construida u obtenida vía el método científico (el de las ciencias naturales) al pasar a ser dominio de los

jóvenes cumplirá la función de gobernar las prácticas y quizá a los afectos y las actitudes; campea en el planteamiento, una lógica instrumental e ideológicamente positivista. (p.263)

Ahora bien, al considerar la acción informativa como una especie de alfabetización de la sexualidad, “se desvalora el respectivo aprendizaje infantil y juvenil, el cual de entrada se califica sospechosamente incorrecto, insuficiente y atávico” (Vygotski, 1996, p.130) así sucede, por haberse originado primero en la familia, luego en el círculo de amigos y finalmente bombardeada por los medios masivos de comunicación. De lo anotado se desprenden varios puntos a saber, entre otros; que el conocimiento o el contenido de la información para ser válido ha de ser objetivo y externo al individuo, por tanto carente de los sesgos y compromisos de valor, que la ciencia donde se origina dicha información ha de tender al establecimiento de leyes de aplicación universal.

Lo anterior tiene como consecuencia, por un lado, que la investigación, bajo los modelos cuantitativos, se centre en identificar el tipo y cantidad de información, - aún cuando se fije como objetivo la calidad, ésta se mide como la congruencia o la cercanía entre el conocimiento expresado y los criterios descriptivos de la información científica, igualmente a establecer sus fuentes y, a veces, el conocimiento que pudiera derivar de dicha información como eje orientador de la práctica; es decir sale a la luz otro paradigma, la separación teoría / práctica y un derivado para orientar la pedagogía que bien pudiéramos expresarlo así: quien domine la teoría, es garantía de que realizará una adecuada práctica. La anterior intelectualización ha forzado a generar programas para enseñar, luego de la información anatómica, fisiológica o psicobiológica, que aparece como primera tendencia, los valores asociados a la nueva sexualidad, reafirmando así un modelo escindido entre el saber y el ser. Lo señalado, “funciona más como atadura que como posibilidad científica y educativa, al reproducir un modelo de investigación y enseñanza que niega valor a la investigación interpretativa y la comprensión hermenéutica” (Usher y Bryant, 1989, p. 67).

B.- También es frecuente constatar la separación, generalmente aceptada en la pedagogía, del carácter formal e informal de la educación. Lo importante es

destacar que al asociar la primera a la familia como se había señalado, a los amigos y a los medios masivos de comunicación y connotarla generalmente, como cargada de vergüenza, culpa, temor, desviaciones, sentido común, o bien calificarla de ser insuficiente, antinatural, represora, etc., no sólo se presenta a la educación formal, la que se puede ofrecer en las escuelas u otras instituciones externas a la familia, que además es científica en el sentido antes descrito, como la alternativa para romper el halo íntimo en que se ha venido generando, sino que, como en un acto expropiatorio, se valida que la socialización de la información, ha de ser realizada por instituciones públicas, gubernamentales o no; a través de sistemas abiertos, mediante programas académicos sistemáticos y sistematizados, científicamente respaldados y conducidos por personal profesional preparados ex profeso.

Este movimiento de la esfera íntima a la pública, de lo familiar a lo social, bajo el amparo de la ciencia y de las instituciones no familiares, será, según se deduce de los textos analizados la forma de vencer por primera vez en la historia humana y para siempre los atavismos presentes ancestralmente en el seno familiar. Precisamente en esto consiste el sentido del descubrimiento y el sentimiento de conquista a que nos referimos al principio; en ofrecer una libertad que el hombre jamás ha tenido; en dotar de esta manera, a las generaciones jóvenes, de un discurso y del umbral que habrá de llevar a la humanidad a niveles de civilización, nunca antes tenidos. Qué mejor señal que el ejercicio de una sexualidad liberadora y liberada de antiquísimas cadenas.

3.5 El trabajo de las ONG en el campo de la sexualidad y la educación sexual en México

Para el tema que desarrollamos es de suma importancia no dejar de mencionar las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que existen y pueden ser de gran ayuda, a continuación daremos una explicación de la labor de dichas organizaciones.

En un trabajo realizado por Corona (citada en Aguilar y Mayen, 1996), nos proporciona la siguiente información: A partir de la década de los setenta se

inició en México un proceso por el cual la concepción sobre la sexualidad se fue modificando sustancialmente. En este proceso tuvieron un papel central organismos no gubernamentales como la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM) la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES) y el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA) que actuaron como pioneros de la educación sexual formal e informal y en la preparación de profesionales especializados.

También los planteamientos feministas influyeron sobre la reconceptualización de la sexualidad, pues el movimiento feminista insistía en el derecho de la mujer a planear sus embarazos, a tener un ejercicio libre de la sexualidad en la mujer y a decidir sobre su cuerpo. Hoy en día el debate entre las ONG y el movimiento feminista por un lado, y el Estado y los grupos de poder por el otro, gira en torno a los derechos sexuales y reproductivos (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994) Con este nuevo enfoque, según el cual la reproducción y la actividad sexual protegida descansan sobre los derechos humanos, las organizaciones no gubernamentales representan una fuerza política relevante en el cambio sociocultural del país.

La celebración en México de la Conferencia Internacional de la Mujer, en 1975, auspiciada por las Naciones Unidas, propició la reflexión sobre la condición femenina, la salud sexual, los derechos reproductivos y dio origen a diversas reformas legislativas en los ámbitos del derecho familiar, civil y laboral, encaminadas a conseguir la igualdad en la condición jurídica de la mujer. Tres años más tarde, en 1978, se fundó el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA) y un año después el Instituto Mexicano de Sexología.

Se realizó en México el Congreso Mundial de Sexología, que dio un nuevo impulso a las prácticas educativas, terapéuticas y de investigación en este particular campo disciplinario

Otro suceso importante por la influencia que tuvo sobre el trabajo de MEXFAM, AMES y CORA, fue que las Naciones Unidas declaró a 1985: Año Internacional de la Juventud, lo que desde entonces dio a los adolescentes un lugar

prioritario y favoreció la proliferación de programas para su atención. (Aguilar y Mayen, 1992).

3.6 Investigaciones sobre sexualidad en diferentes países.

El concepto de sexualidad no es unívoco y su delimitación depende de la perspectiva teórica y disciplinaria que se adopte para su estudio. Designa ciertos comportamientos, prácticas y hábitos que involucran al cuerpo, pero también designa relaciones sociales, conjuntos de ideas, moralidades, discursos y significados que las sociedades y sus instituciones construyen en torno a los deseos eróticos y los comportamientos sexuales.

En las sociedades modernas designa también las clasificaciones que se atribuyen a las personas según sus preferencias eróticas y la auto definición que hacen los individuos de su orientación sexual. La sexualidad consiste en un conjunto de relaciones que son específicas histórica y culturalmente.

Se han desarrollado diferentes investigaciones a lo largo del mundo para conocer como ejercen los adolescentes y jóvenes su sexualidad, realizando encuestas por muestreo sobre su comportamiento sexual. El objeto de estudio de las encuestas por muestreo que han indagado sobre la sexualidad ha sido la cuantificación y caracterización de los comportamientos. Sus preguntas de investigación consisten en saber cuántas y cuáles personas realizan qué tipo de prácticas, a qué edad y con qué frecuencia.

A continuación se encuentran investigaciones realizadas en el Distrito Federal, Monterrey, Guadalajara, Tenerife (isla de España), además de instituciones que dan a conocer datos estadísticos que nos permiten comparar comportamientos sexuales en varios países.

Silva, (1995) realizó en Barquisimeto una investigación titulada: Actitud de los adolescentes hacia la información sexual. La muestra fue de 600 alumnos de la escuela "Fermín Toro" en edades comprendidas entre 16 y 17 años. Para la recolección de los datos se utilizó una escala de likert; se observó en los adolescentes la dificultad para la percepción de la información sexual, debido a

la escasa información bibliográfica. De estas observaciones se concluye, que los adolescentes presentan poco conocimiento sobre educación sexual y una actitud positiva hacia las actividades que conllevan hacia la adquisición de conocimientos.

Barella, Mesa y Cobeña (2002) Realizaron una investigación llamada "Conocimientos y Actitudes Sobre Sexualidad de los Adolescentes de Nuestro Entorno." La muestra fue de 84 alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria de edades entre los 12 y los 16 años. Se indagó sobre conocimientos respecto al embarazo, métodos anticonceptivos y prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual. Teniendo como objetivo; averiguar los conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. Se observó desconocimiento importante sobre métodos anticonceptivos y mecanismos de contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual, lo que no corresponde con el nivel aceptable de conocimientos de otras encuestas. Este hecho podría explicarse por una falta de atención, tanto en el ámbito sanitario como educativo, respecto de estos temas, en nuestro medio.

Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos, (2003) La Secretaria de Salud Pública realizó la investigación titulada: "Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del Uso del Condón en Adolescentes"; la cual tiene como objetivo evaluar la asociación de conocimientos objetivo y subjetivo sobre VIH/SIDA con el uso del condón. Material y métodos. Se analizó la base de datos de una encuesta aleatoria, anónima y autoaplicada en 1 410 adolescentes de cuatro estratos socioeconómicos de Guadalajara, Jalisco, México entre 1995 y 1996. El conocimiento objetivo se evaluó mediante 24 preguntas sobre VIH/SIDA y el "subjetivo" con la pregunta: "¿qué tanto crees conocer sobre el SIDA?" al finalizar la investigación se concluyó que existe correlación entre los conocimientos objetivos y subjetivos.

Gayet, Juárez, Magis y Pedrosa, (2003) Realizaron una investigación titulada: Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual; el objetivo de esta investigación fue indagar sobre el comportamiento sexual actual y el uso de condón en la primera

relación sexual de adolescentes de 12 a 19 años de edad, la variación en distintos contextos y la influencia de factores sobre el uso del condón en esa primera relación. Los Resultados obtenidos; Reportaron mayor actividad sexual y un mayor uso de condón entre los hombres, en áreas urbanas. El perfil del adolescente que usó condón en la primera relación sexual es el adolescente que inicia la vida sexual a una mayor edad, de residencia urbana, que no habla lengua indígena, altamente escolarizado (medio superior), o de sexo masculino.

González, Rojas, Hernández y Olaiz (2000). La Secretaria de Salud Pública realizó la investigación titulada: “Perfil del Comportamiento Sexual en Adolescentes Mexicanos de 12 a 19 Años de Edad”. La cual tuvo por objetivo describir las características del comportamiento sexual de los adolescentes mexicanos, su grado de conocimiento sobre anticoncepción, las variables que se relacionan con la utilización de anticonceptivos en la primera relación sexual y las que se asocian con el embarazo. La muestra incluyó a adolescentes de entre 12 a 19 años de edad (n=15, 241). Se llegó a la conclusión de que la población adolescente que ha tenido relaciones sexuales no utilizó métodos anticonceptivos durante su primera relación, lo cual incrementa la posibilidad de embarazos sin mencionar el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Distrito Federal 1992. La Secretaria de Salud Pública de México realizó la investigación llamada “Practica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México” En donde el objetivo es describir la información que tiene la población adolescente y joven de la Ciudad de México sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, así como los motivos por los que no los utilizan durante las relaciones sexuales. Los resultados arrojaron los siguientes datos 32.7% había tenido por lo menos una vez contacto sexual; el 33.8% declaro haber utilizado algún método anticonceptivo en la primera relación sexual; los métodos mas comunes fueron el ritmo y el coito interrumpido. El 67% adquirió algún método anticonceptivo en la farmacia. De las mujeres el 18.4% se embarazó, mientras que el 29.4% de los hombres embarazó alguna vez a una mujer. La edad promedio al momento del primer

embarazo fue de 17.8 años para las mujeres y de 18.7 para los hombres. Por lo que se concluye que se tiene poca información acerca del uso de métodos anticonceptivos entre los adolescentes y jóvenes sexualmente activos.

Distrito Federal 1993. La Secretaria de Salud Publica de México realizó la investigación llamada “Características Reproductivas de Adolescentes y Jóvenes en la Ciudad de México”. En donde el objetivo fue conocer en los jóvenes capitalinos de una edad promedio de 17 años, su comportamiento reproductivo, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Los resultados arrojaron los siguiente: los métodos mas empleados en las mujeres menores de 18 años fue el ritmo con un 38.5% y el condón 20.5% en la primera relación sexual, el 26.2% de los hombres recurrieron al ritmo y el 22.1% al condón. Por lo que se concluye que la población adolescente menor de edad es la que hace menos uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. La falta de uso de anticonceptivos o la renuencia a su empleo puede deberse al escaso conocimiento sobre reproducción, a la ignorancia sobre la disponibilidad de un método adecuado o sobre la forma apropiada para utilizarlos.

Monterrey Nuevo León 1994. Se realizó la encuesta sobre salud reproductiva en estudiantes adolescentes de educación media superior en Monterrey; en la cual el objetivo es obtener información sobre conocimientos acerca de la reproducción, actividad sexual, actitudes y practicas relacionadas con la contracepción de los jóvenes de 15 a 19 años. En el estudio se encuestaron 308 individuos entre los 15 y 19 años de edad, con una edad promedio de 17 años, estando representada por 61% del género femenino y el 39% del sexo masculino. Se encontró que el 98.4% refiere haber recibido educación sexual mientras que el 1.6% mencionan no haberla recibido, un 81.8% utilizan un método anticonceptivo, el 68.5% de la muestra refiere utilizar preservativo, el 18.5% emplean el coito interrumpido, y un 13.0% utilizan otro tipo de métodos. El 16.7% refiere no utilizar métodos anticonceptivos su principal motivo es por falta de disponibilidad de estos y por evitar que la familia se entere de su practica sexual activa, o bien por falta de información, o pensar que son demasiado jóvenes y no se presentará un embarazo.

Distrito Federal 1996. La Universidad Nacional Autónoma de México realizó una investigación cuyo objetivo era identificar el nivel de conocimientos y prácticas sexuales de riesgo de los adolescentes y jóvenes del Distrito Federal. Los resultados arrojaron que el 69% de la población se considera medianamente informada sobre sexualidad y 35.5% de las mujeres y el 42.2% de los hombres iniciados sexualmente, utilizaron el condón en su primera relación. Sin embargo, aunque perciben el condón como una forma de prevenir el SIDA; el 60% de la población total que lo utiliza considera que las ETS y el SIDA son enfermedades ajenas a su grupo. Por lo que se concluye que el condón y el método del ritmo son los anticonceptivos de primera elección entre los jóvenes

Guadalajara, Jalisco 1997. El Centro Universitario de ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara realizó una investigación cuyo objetivo era dar a conocer los resultados de entrevistas sobre educación sexual realizadas a estudiantes, quienes por su edad y nivel escolar no fueron beneficiados de los cambios en los nuevos libros de texto gratuitos. Se pretende comparar resultados con los alumnos de primaria que usaron nuevos libros de texto y así analizar si hubo cambios en los conocimientos, las actitudes y los comportamientos relacionados con su sexualidad; se concluye observando que debido a la falta de información, los jóvenes experimentan sus primeros cambios de una manera angustiante así como que no hubo gran diferencia de conocimientos y actitudes hacia la sexualidad entre los jóvenes que fueron educados sin libros de texto y los que fueron educados con ellos.

Tenerife, España 2000. Se realizó una investigación cuyo propósito es conocer los patrones actuales de conducta sexual de los adolescentes en nuestro medio y valorar si las campañas de prevención del SIDA han producido algún cambio en el comportamiento sexual de los adolescentes. Analizando los resultados de tres encuestas realizadas a lo largo de los últimos 12 años, las dos primeras en 1988 y 1992 y la última en el año 2000; los resultados obtenidos fueron los siguientes: La actividad sexual entre los adolescentes ha aumentado en la última década especialmente en las mujeres, y se está adelantando la edad de las primeras experiencias sexuales (hombres: 1988-92 14.2 años, 2000; 13.1 años; mujeres 1988- 92: 15.2 años, 2000: 14.1 años.

Edad de inicio de relaciones sexuales: hombres: 1988-92 16.5 años, 2000: 15.7 años; mujeres: 1988-92: 17.2 años, 2000: 16.6 años. Actualmente se está proporcionando más información sobre sexualidad y sobre prevención del SIDA, ha aumentado el miedo al contagio del SIDA valorada en una escala de 0-10. 1988: 6.7, 1992: 7.9, 2000: 8.5, y la utilización de preservativos entre adolescentes sexualmente activos. Ha disminuido el empleo de métodos anticonceptivos ineficaces, como el coito interrumpido. Ha aumentado la satisfacción en las relaciones sexuales. Por lo que se concluye que La persona que realice la educación sexual (padres, profesores, médicos u otros profesionales sanitarios) deben tener en cuenta los siguientes factores:

-Adaptarse al grado de madurez del adolescente.

-Procurar que sus propias actitudes y valores en relación con la sexualidad no influyan en la persona que va a recibir información sobre sexualidad

Las investigaciones revisadas señalan que los comportamientos sexuales que declaran hombres y mujeres, especialmente si son jóvenes y solteros, son marcadamente diferentes. Los varones dicen iniciar relaciones coitales más temprano, mayoritariamente con parejas no estables o sin vínculos afectivos, y dicen tener mayor variedad de parejas y de prácticas sexuales antes y después de la unión conyugal. En las mujeres el inicio de las relaciones coitales se vincula mayoritariamente con el noviazgo y la conyugalidad. El uso de anticonceptivos y de medidas preventivas de enfermedades de transmisión sexual resulta extremadamente bajo entre los jóvenes solteros sexualmente activos, y el uso de medidas preventivas es casi inexistente en diversos grupos de población.

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, en las últimas décadas el número de personas infectadas tiende a incrementarse en especial en los países en vías de desarrollo y grupos sociales de riesgo.

La diseminación de las enfermedades de transmisión sexual puede estar asociada a una actitud errónea de la familia frente a ellas, tal vez, porque no

cuentan con el conocimiento que les permita asumir una conducta asertiva o quizás por no tener la disposición para buscarlo y adquirirlo.

Estos datos nos presentan un panorama de la urgencia de educación sexual para una gran cantidad de la población, que debe ser proporcionada por diferentes profesionales, entre ellos los pedagogos, los psicólogos y los especialistas en Ciencias de la salud.

La adolescencia es una etapa que nace con las nuevas teorías psicológicas y que está ligado fuertemente al grado de escolaridad. La cual, como etapa de la vida es distintiva en la consolidación de la identidad sexual, y con una variedad de transformaciones físicas y psicológicas y también es concebido como un período donde es problemático ver un ámbito social propicio para la maduración de estas expresiones.

Por tal motivo es necesario crear espacios para la atención integral de los adolescentes, con énfasis en salud reproductiva que permita modificar actitudes erróneas y asumir su sexualidad de manera autónoma, consciente y responsable. Donde se aborden rubros de relaciones interpersonales, expectativas a futuro, superación personal, valores y autoestima que permitan mejorar el estilo de vida de este grupo de población.

3.7 Derechos sexuales y reproductivos en México.

En el Cairo (1994) se llevó a cabo la Conferencia internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en donde las ONG acordaron la definición de Salud Reproductiva; en donde se contempla una visión amplia de la sexualidad, la importancia de la lucha contra el VIH/SIDA y la necesidad de impulsar los programas para adolescentes.

La Salud Reproductiva quedó definida como "el estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y a la sexualidad". Ello implica considerar, entre otros, los siguientes aspectos: a) que los individuos tengan la capacidad de reproducirse, así como de administrar su fecundidad; b) que las mujeres tengan embarazos y

partos seguros; c) que los resultados de los embarazos sean exitosos en cuanto a la sobrevivencia y el bienestar materno-infantil y d) que las parejas puedan tener relaciones sexuales libres del miedo a los embarazos no deseados o a las enfermedades de transmisión sexual.

En términos de la salud reproductiva de los adolescentes, las recomendaciones más importantes de la CIPD destacan en:

- Proteger y fomentar el derecho de los adolescentes al disfrute de los más altos niveles de salud proporcionando servicios adecuados, concretos y accesibles.
- Fomentar la protección y la promoción de la salud de los adolescentes en la que se incluye la salud sexual y reproductiva.
- Formular planes de acción para adolescentes y jóvenes con base en la equidad y la igualdad entre los sexos, la conducta sexual responsable, la prevención de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, así como para contrarrestar la violencia contra los adolescentes.
- Asegurar que los programas y las actitudes de los adultos no restrinjan el acceso de los adolescentes a los servicios adecuados y a la información que necesiten para la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, la violencia y abusos sexuales.

En esta Conferencia hay un reconocimiento explícito al trabajo de las ONG, al señalar entre las políticas, la importancia de proporcionar apoyo a las organizaciones no gubernamentales encargadas de brindar información y apoyo a los jóvenes para reforzar su participación en la elaboración, ejecución y evaluación de programas y políticas de salud sexual y reproductiva. En la Conferencia de Beijing CMM de 1995, por primera vez se incluye el vocablo salud sexual, y actualmente está en construcción su contenido así como lo que está implicado en los derechos sexuales.

Como una reconstrucción de lo que actualmente se está entendiendo en las ONG, por derechos sexuales, hoy se habla de un ejercicio libre, placentero,

responsable y seguro de la sexualidad de niñas, niños, adolescentes, jóvenes y adultos.

El ejercicio libre de la sexualidad hace referencia a la capacidad de actuar sin interferencia de los demás, sin estar sujeto a la voluntad de alguien más y a la elección individual. Incluye la libertad de pensamiento y de acción sin más límite que los derechos de los demás, e implica reconocer la diversidad de prácticas y orientaciones sexuales, el equilibrio del poder en las relaciones sexuales y el derecho a controlar la propia fecundidad, así como a decidir si se quiere o no tener hijos, cuándo, en qué condiciones y cuántos.

El placer es el derecho a experimentar sensaciones y sentimientos positivos en las diversas etapas de la vida, es un aspecto esencial del bienestar físico y emocional cuando se ejerce en condiciones de equidad, de afecto y ternura, así como libre de coerción, discriminación y violencia.

La responsabilidad implica la obligación de una persona para responder por sus propios actos y la libertad de asumir los efectos y resultados de ello, desarrollar la capacidad de prever, responder y asumir los efectos de la propia conducta sexual.

La seguridad obliga a garantizar servicios de información y de salud de calidad donde se prevengan los riesgos, enfermedades de transmisión sexual y de muerte.

Una educación sexual debe promover:

- Una sexualidad libre, placentera, responsable y segura.
- Una actitud positiva ante la vida, la búsqueda del conocimiento, el desarrollo personal, la confianza y la autodeterminación.
- La superación de la cultura del miedo y la culpa basada en la ignorancia y el dogmatismo.
- Una información completa, científica, veraz y oportuna.
- La comunicación entre iguales, con la pareja, madres y padres de familia, maestras (os) y otros profesionales de la salud y la educación.

- La formación de actitudes y desarrollo de habilidades para favorecer un código ético personal.
- La negociación equitativa en las prácticas sexuales para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH-SIDA.
- La prevención del hostigamiento, abuso sexual, el incesto y la violencia sexual, la explotación y tráfico de menores, mujeres y jóvenes.
- La lucha contra la homofobia y los crímenes por odio.

El derecho a servicios de salud sexual incluye:

- Información y orientación sobre sexualidad.
- Libre decisión para tener, no tener o adoptar hijos independientemente de la clase social, el sexo, la etnia, la orientación sexual y la condición física.
- Servicios accesibles y de buena calidad en anticoncepción, prevención, y tratamiento de ETS.
- Atención respetuosa por parte de proveedores, asegurando confidencial y consentimiento informado, sin menoscabo de orientación sexual, raza, edad o estado civil.

El derecho a la educación sexual está explícitamente reconocido en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 y es parte de la Carta Iberoamericana de Derechos de la Juventud, recientemente propuesta para su aprobación entre diversos países de América Latina y la península ibérica. En nuestro país este derecho está contemplado también indirectamente en las garantías individuales de nuestra Constitución, así como en la Ley General de Educación y en la Ley General de Salud.

La convención de los derechos del niño

Esta convención ofrece bases muy firmes para sustentar el derecho a la educación sexual entre niñas y niños, en por lo menos ocho de sus artículos.

Para comenzar, en el **Artículo 4º** se protege la libertad de expresión, y se afirma a la letra "todo niño tiene derecho a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, siempre y cuando no vaya en menoscabo del derecho de otros". La información es definitivamente un derecho que protege a las niñas y a los niños.

Artículo 14- Protege la libertad de pensamiento, conciencia y religión, se trata de aspectos muy sustanciales para toda persona, independientemente de su edad. En muchas ocasiones negamos este derecho a los menores, pues queremos imponerles nuestras propias ideas en vez de respetar su libertad.

Artículo 16- Protege la vida privada, y afirma que "todo niño tiene derecho a no ser objeto de injerencias en su vida privada, su familia, su domicilio y su correspondencia, y a no ser atacado en su honor." Los niños y las niñas son dueños de sus cuerpos, y esto está definitivamente reconocido en este rubro.

Artículo 17- Se reconoce el derecho de los niños a tener acceso a información adecuada, y en el **Artículo 18** se responsabiliza a padres y madres de la crianza de sus hijos y al Estado se le obliga a brindar asistencia necesaria en el desempeño de las funciones de padres y madres. En este marco, cabe un reconocimiento a la educación sexual como un deber del Estado y también como una actividad conjunta de la familia, la escuela y la comunidad, para fomentar actividades en conjunto de parte de las diferentes instituciones sociales, cuyos esfuerzos suelen ser fragmentados y poco articulados.

Artículo 24- Contempla el acceso a servicios médicos, incluyendo atención prenatal y postnatal a las madres e información y educación en materia de planificación familiar.

Artículo 28- Protege la dignidad del niño como persona humana y el **Artículo 34** lo protege de la explotación y abuso sexual, incluyendo la prostitución y su utilización en prácticas pornográficas. Importantísimo que estos dos artículos protejan ese derecho de niñas y niños a vivir una vida sexual libre de violencia y abuso sexual, y que sus movimientos, expresiones y uso del cuerpo no pueden someterse a la voluntad de nadie.

La Constitución Política

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos protege los derechos sexuales en el marco de las garantías individuales, principalmente en los artículos 3º y 4º. En el propio **Artículo 3º** constitucional, cuando afirma que "la educación que imparta el Estado tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano, garantizando que ésta será ajena a cualquier doctrina religiosa y basada en los resultados del progreso científico, luchará contra la ignorancia y sus efectos, contra las servidumbres, los fanatismos y los prejuicios". La importancia de promover la transmisión de conocimientos en todos los campos del saber, que por supuesto incluye los relativos a la vida sexual y reproductiva.

Toda vez que se conceptúa como individuo a todo ser humano desde su nacimiento y hasta la muerte, el **4º Artículo** constitucional reconoce el derecho de todos los individuos a decidir de manera libre, responsable e informada en cuanto al número y espaciamiento de los hijos. El ejercicio de este derecho puede aplicarse ya desde la segunda década de la vida, en que los púberes adquieren el potencial biológico para reproducirse.

La Ley General de Educación

La Ley General de Educación más que proteger los derechos sexuales de los niños y niñas, lo que protege es su derecho a prepararse para prevenir embarazos dentro del concepto de planificación familiar. En el **Artículo 7º** de esta Ley se señala que la educación que imparta el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o reconocimiento de validez oficial de estudios, tendrá –además de los fines establecidos en el segundo párrafo del artículo 3º de la Constitución, los siguientes: "**Inciso X:** Desarrollar actitudes solidarias en los individuos, para crear consciencia sobre la preservación de la salud, la planeación familiar, y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios". Con base en este artículo, desde 1974 la Secretaría de Educación Pública incluyó en el currículum de formación básica los contenidos de la pubertad, la reproducción y la prevención de embarazos no deseados así como de infecciones de transmisión sexual, se

trata de contenidos que en su momento fueron muy novedosos, aunque es un currículum todavía muy orientado hacia la reproducción e inspirado por los imperativos demográficos, más que por los derechos sexuales de los menores. En 1998 cuando dicha Secretaría comenzara a hablar de la sexualidad propiamente dicha en los planes de estudio y en los libros de texto de 5º y 6º de primaria, y a incluir la educación sexual en los tres grados de secundaria, como parte de la formación ciudadana y de los derechos humanos, en una nueva asignatura titulada Formación Cívica y Ética. En el próximo apartado, analizamos la diferente *currícula* de educación sexual que ha diseñado y puesto en operación la Secretaría de Educación Pública.

3.8 Métodos Anticonceptivos y servicios de planeación familiar

En el sector salud también existe protección legal de la educación sexual y de los servicios a menores que van enfocados a la planificación familiar y orientación para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de Transmisión Sexual.

Anaya, Delgado, López, Zubieta y Zúñiga (2000) nos refieren a través de los Cuadernos de Salud Reproductiva del D.F. acerca de los métodos anticonceptivos lo siguiente:

Los métodos anticonceptivos modernos que están disponibles en México son, en su mayoría, para uso de la mujer, los únicos para el varón son la vasectomía y el condón. Durante los años noventa, las Instituciones Públicas de Salud en el D.F. aumentaron ligeramente su atención como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 59.4 por ciento en 1992 a 61 por ciento en 1997. (p.30)

La Ley General de Salud

La Ley General de Salud establece en el **Artículo 63**, que la protección física y mental de los menores es responsabilidad de los padres o tutores, del Estado y de la sociedad en general. Este artículo ha sido base para que los organismos

civiles hayan abierto brecha en el ofrecimiento de servicios accesibles de orientación sexual y salud reproductiva dirigidos a los adolescentes. Diversas instituciones civiles fueron pioneras en el diseño de programas y materiales de educación sexual y en la capacitación de educadores, promotores y orientadores sexuales a lo largo y ancho del país desde la década de los ochentas.

El **Artículo 67** establece que en los servicios de planificación familiar, debe incluirse información y orientación educativa sobre anticoncepción para los adolescentes y jóvenes. Además de organismos civiles, diversos programas públicos de consejería y orientación han sido desarrollados con base en este precepto, por la Secretaría de Salud, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en los diferentes estados, el Instituto Mexicano de Seguridad Social, tanto en el régimen ordinario como el orientado a población no derechohabiente. El Programa IMSS Solidaridad ha llevado talleres de educación sexual a cientos de poblaciones en todo el país, llegando principalmente a comunidades rurales, que son donde más se necesita este tipo de servicios.

El **Artículo 112** de la Ley General de Salud está dedicado a la educación para la salud, establece el fomento a la prevención de enfermedades y protección de riesgos que pongan en peligro la salud; y el **artículo 134** dispone que el Gobierno realizará vigilancia epidemiológica de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual (sífilis, infecciones gonocócicas, SIDA y otras).

3.9 Leyes sobre el aborto en México

En México el aborto es legal en determinadas circunstancias, sin embargo, si una mujer queda encinta y decide interrumpir su embarazo, se ve obligada a practicarse un aborto en la clandestinidad. Algunas pueden acudir a servicios higiénicos y seguros; pero la mayoría pone en riesgo su salud y hasta su vida, porque carece de recursos para recibir atención adecuada.

Carrancá (2003), menciona las causas por las que el aborto no se castiga penalmente son:

1. El embarazo es resultado de una violación,
2. el aborto es provocado accidentalmente (de manera imprudencial),
3. el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer,
4. el producto tiene malformaciones genéticas graves,
5. que de continuar con el embarazo se provocaría un grave daño a la salud de la mujer,
6. el embarazo es producto de una inseminación artificial no consentida, y
7. la mujer tiene razones económicas para interrumpir el embarazo y ya es madre de al menos tres hijos.

De estas siete causas, sólo la primera es válida en todo el territorio nacional. Veintinueve estados contemplan el aborto imprudencial o culposo y 27 cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer. El resto de las causas de aborto no punible varía de un estado a otro.

Las leyes de aborto de la mayor parte del país datan de los años treinta y sólo la mitad o una tercera parte han vuelto a revisarse desde entonces. Nuestras leyes se encuentran a la zaga de las del resto del mundo en esta materia. En muchos países está permitido abortar por razones socioeconómicas; en México, sólo en Yucatán está permitido por esta razón. En 54 países, que representan el 40% de la población mundial, el aborto está permitido con la sola petición de la mujer.

A continuación se presenta un cuadro comparativo de las causales en las que no se castiga el aborto de acuerdo con la legislación de cada estado de la República Mexicana. Tomado de Cuadernos de Salud reproductiva (2005)

ESTADO	POR VIOLACIÓN	IMPRUDENCIAL O CULPOSO	POR PELIGRO DE MUERTE	POR MALFORMACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES DEL PRODUCTO	GRAVE DAÑO A LA SALUD	OTRAS CAUSAS
Aguascalientes	✓	✓	✓			
Baja California	✓ (A)	✓	✓			✓ (B)
Baja California Sur	✓ (A)	✓	✓	✓		✓ (B)
Campeche	✓	✓	✓			
Coahuila	✓ (A)	✓	✓	✓		
Colima	✓ (A)	✓	✓	✓		✓ (B)
Chiapas	✓ (A)	✓	✓	✓		
Chihuahua	✓ (A)	✓	✓			✓ (B)
Distrito Federal	✓	✓		✓	✓	✓ (B)
Durango	✓	✓	✓			
Guanajuato	✓	✓				
Guerrero	✓	✓		✓		✓ (B)
Hidalgo	✓ (A)	✓			✓	
Jalisco	✓	✓	✓		✓	
México	✓	✓	✓	✓		
Michoacán	✓	✓	✓		✓	
Morelos	✓	✓	✓	✓		✓ (B)
Nayarit	✓	✓	✓		✓	
Nuevo León	✓	✓	✓		✓	
Oaxaca	✓ (A)	✓	✓	✓		
Puebla	✓	✓	✓	✓		
Querétaro	✓	✓				
Quintana Roo	✓ (A)	✓	✓	✓		
San Luis Potosí	✓	✓	✓			✓ (B)
Sinaloa	✓	✓	✓			

Sonora	✓	✓	✓			
Tabasco	✓		✓			✓ (B)
Tamaulipas	✓	✓	✓		✓	
Tlaxcala	✓	✓	✓		✓	
Veracruz	✓ (A)	✓	✓	✓		✓ (B)
Yucatán	✓	✓	✓	✓		✓ (C)
Zacatecas	✓	✓	✓		✓	
Total	32	29	27	13	9	11

Los estados con sombreado modificaron su legislación en el 2000, excepto Veracruz que la modificó en el 2003 y entro en vigor en el 2004.

(A) En estos casos la ley contempla plazos para la interrupción del embarazo, los cuales varían; algunos códigos señalan “dentro de los tres meses, contados a partir de la violación”, otros dicen “dentro de los 90 días de gestación” y algunos más indican dentro de los “tres primeros meses” de gestación.

(B) Inseminación artificial no consentida.

(C) Económicos, cuando la mujer tenga más de tres hijos.

3.10 Leyes sobre la anticoncepción de Emergencia

Se ha dicho que la Anticoncepción de Emergencia (AE) es “el secreto mejor guardado de la medicina” porque desde los años sesenta se sospechaba que las pastillas anticonceptivas podían prevenir el embarazo incluso después de una relación sexual sin protección y en esa misma década en Estados Unidos, Canadá y Europa se comenzaron a facilitar dosis de pastillas anticonceptivas de emergencia a las mujeres que lo requerían y algunos laboratorios farmacéuticos pusieron en el mercado paquetes específicos de AE.

En los ochenta, algunos médicos de Estados Unidos intentaron promover la AE para hacerla disponible a más gente, pero obstáculos legales lo impidieron, por lo que fue hasta los años noventa cuando una amplia movilización de activistas logró que el método se promoviera a lo largo y ancho de ese país. Distintos grupos civiles promovieron campañas en diferentes medios: comenzaron con

un libro, un sitio en Internet y más tarde una línea telefónica para informar sobre esta opción anticonceptiva. Los medios de comunicación masiva se interesaron y difundieron la AE y la gente comenzó a demandar más información.

En México empezó a hablarse del tema a principios de los años noventa. Desde entonces, diversos grupos han trabajado para promover su uso. Una encuesta realizada en el 2000, mostró que 39% de la población mexicana ya conocía la AE. La mayor parte de estas personas consideró que es una buena opción para prevenir el embarazo cuando hubo una relación sexual no protegida (69%) y, en caso de necesidad estaría dispuesta a recomendarla (77%).

En 1999, la Secretaría de Salud registró el primer producto dedicado para la anticoncepción de emergencia en México: Postinor2. Posteriormente han sido registrados Vika, en 2001 y Glanique y Postday, en 2002.

El 21 de Enero de 2004 la Secretaría de Salud legalizó el método de anticoncepción de emergencia mediante una adición a la Norma Oficial Mexicana de Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993) como un nuevo método anticonceptivo utilizable en el sector salud, pero en marzo del mismo año la asociación civil Cultura por la Vida, que preside Jorge Serrano Limón, presentó un amparo argumentando que la píldora anticonceptiva de emergencia viola la Constitución. Aún sigue una disputa entre asociaciones que están a favor; quienes dicen que no existen pruebas científicas concluyentes de que la anticoncepción de emergencia evite la implantación de un óvulo fecundado. En todo caso la AE es inocua una vez que la implantación ha comenzado, de manera que no puede interrumpir un embarazo en curso, y en contra de este método quienes dicen que el método es abortivo.

El Postinor 2, Postday, Vika y Glanique han sido aprobados por la Secretaría de Salud y están a la venta en farmacias.

La observancia de la norma es obligatoria en todas las unidades de salud donde se presenten servicios de planificación.

La OMS (2005), ha dicho que: La anticoncepción de emergencia debe desempeñar también un importante papel a la hora de ayudar a las mujeres a satisfacer sus intenciones en materia de reproducción, evitándoles embarazos no deseados. El acceso a esos métodos a través de los programas oficiales de planificación familiar y/o servicios de otro tipo, en caso de que no esté ya previsto, debe considerarse como un aspecto de la estrategia a largo plazo para mejorar la asistencia de salud reproductiva.

CAPITULO IV TEMAS CONTENIDOS EN EL CURSO-TALLER DE SEXUALIDAD.

4.1 Sexo, Sexualidad y Género.

Para entender el tema de la sexualidad humana en su dimensión adecuada, lo primero que hay que distinguir son los conceptos sexo, sexualidad y género. “El sexo se refiere a las diferencias biológicas que categorizan a hombres y mujeres; el género, en cambio, se refiere a todas las características que socialmente se atribuyen a las personas en función de su sexo” (Álvarez y Millán, 2004, p.16).

A continuación se definirá cada uno de los conceptos para tener una explicación más amplia:

El sexo se refiere a las diferencias biológicas que existen entre hombres y mujeres y mas específicamente, a las diferencias de sus órganos sexuales. Es algo que se define desde antes de nacer y que permanece después de la muerte.

La sexualidad empieza con el nacimiento y termina con la muerte; es algo dinámico que cambia a lo largo de toda la vida, a diferencia del sexo, que es permanente. Para Flores (2000), sexualidad es:

Una experiencia personal e intransferible, forma parte constitutiva de la personalidad humana la cual ha sido normada en función de las necesidades de un sistema cultural lo cual genera confusiones y contradicciones entre el deseo individual y la exigencia social de papeles definidos por un sistema ideológico representacional. (p.19)

La sexualidad es mucho más que tener pene o vagina, las relaciones sexuales y la posibilidad de procrear. Tiene que ver con sentimientos, valores y expresiones y con la percepción de uno mismo según su sexo.

La sexualidad tiene un aspecto erótico vinculado a las relaciones "erótico-sexuales", y otro no erótico, que sería el que tiene que ver con el desarrollo, con las relaciones interpersonales en general y con la percepción de uno mismo entre otros.

Rubio (Hiriart ,1999) afirma lo siguiente:

El término sexualidad es el resultado de cómo (el grupo o el individuo) ha construido el concepto. En efecto, la sexualidad es, ante todo, una construcción mental de aquellos aspectos de la existencia humana que adquiere significado sexual y, por lo tanto, nunca es un concepto acabado y definitivo, pues la existencia misma es continua y cambiante. (pág. 171)

En relación al género este comienza al igual que la sexualidad en el nacimiento y se asigna o atribuye a la persona a partir de los órganos sexuales externos que presenta, si es niño o niña; sin embargo el bebé en sí mismo no está consciente de ello. Más o menos entre los dos y los tres años se establece lo que se conoce como identidad de género, que es la confluencia entre el aspecto físico y el factor psicológico. El niño se identifica como hombre o como mujer, y empieza a estructurar sus experiencias dependiendo del género al que pertenece. (Bustos, en Hiriart, 1999)

En la identificación de género interviene tanto la autocatalogación, como la determinación que hacen los demás de nosotros mismos. (Katchadourian, 1993). Una vez que el individuo ha identificado la existencia de dos géneros (masculino y femenino), confirma el papel que le corresponde a partir de su sexo y empieza a adoptar las conductas y actitudes correspondientes. (Corona, en Hiriart, 1999).

A partir del trato y las expectativas distintas para cada sexo, de lo que culturalmente y mediante la socialización se aprende, se crean estereotipos acerca de las características que se presuponen propias de uno o de otro sexo y se crean los roles de género, es decir, las conductas y actitudes que socialmente se esperan que tengan una mujer y un hombre; nos identificamos con esas funciones y las adoptamos en mayor o menor medida.

La sexualidad es uno de los conceptos más amplios, por ello consideramos indispensable presentar una reflexión final respecto a ella.

Las necesidades sexuales para el ser humano van mas allá de la capacidad reproductiva; el saberse atractivo o con la capacidad de dar y recibir, el comprender y ser comprendido son necesidades esenciales de los seres humanos que se relacionan con la autoestima, con el placer, con los sentimientos, con la moral, con las costumbres, con la religión, con el derecho, con el proyecto de vida, con el género, en fin, con todos y cada uno de los elementos que constituyen nuestra identidad y nuestra vida en sociedad haciendo de la sexualidad una de las mejores expresiones humanas.

Una adecuada comprensión de la sexualidad, mediante una educación sexual, puede ayudar a hombres y mujeres a tener una vida más plena, a ser más libres y también más responsables. No se trata de trivializar nuestra actitud ante prácticas sexuales desconociendo todo principio o eludiendo restricciones y responsabilidades, pero tampoco de negarnos a reconocer que la sexualidad forma parte esencial de nuestra naturaleza. El asunto de la sexualidad humana no se resuelve con explicar los órganos genitales femeninos y masculinos, sin inscribirlo en un marco de valores donde se planteen la igualdad, la responsabilidad, el respeto, la tolerancia, sin hablar del placer, del ser hombre o mujer con todo lo que esto implica.

4.2 Sexualidad en la adolescencia

Como ya lo hemos mencionado antes la sexualidad es una parte integral de la vida desde el nacimiento hasta la muerte. Para los adolescentes, el hacerse cargo de su emergente sexualidad es parte del proceso natural de transformación en adulto. La sexualidad debe ser considerada dentro del contexto del desarrollo humano y no como un secreto a ser guardado por el silencio adulto. Las opiniones y percepciones acerca de los roles del adolescente y del adulto deben basarse en respeto mutuo y deben ser examinados dentro del contexto de las realidades y expectativas sociales.

Como hemos visto, cuando una persona piensa en “sexo”, en general piensa en la conducta sexual. Sin embargo la sexualidad, es mucho más que el comportamiento. La sexualidad también incluye según Palacios (1990):

- Desarrollo de la identidad genérica
- Desarrollo del rol sexual
- Desarrollo de las actitudes y valores
- Desarrollo de la orientación sexual
- Desarrollo del comportamiento sexual
- Desarrollo de la identidad sexual
- Desarrollo del conocimiento sexual
- Desarrollo de las habilidades sexuales

Desarrollo de la identidad genérica

El aspecto más básico de personalidad es la identidad del género o genérica, que tiene que ver con el reconocimiento y la aceptación de ser varón o mujer.

El género viene como una unidad y es poco lo que podemos hacer acerca de ello. Muy temprano, en la vida de los niños comienzan a desarrollar conciencia de su unidad, o sea, aprenden los rótulos de su género, que generalmente comienzan como “mamá / papá”, y luego dan lugar a “niño / niña, masculino / femenino”.

El rol sexual

Este es otro aspecto de la sexualidad, que se refiere al comportamiento como varón o mujer. Mientras se va desarrollando un conocimiento acerca del género al que pertenece, el mundo envía mensajes sobre el significado de dicho género.

“La identidad de género es la construcción de lo masculino y lo femenino. Es el juicio de autopercepción basado en aquellos aspectos que, a lo largo de la historia, han ido conformando culturalmente al hombre y a la mujer (actividades, cualidades, costumbres, aspecto físico, etc.)” (Manual de Capacitación, 2002, p.16)

Además, el adolescente observa el comportamiento de las personas que son del mismo género e incorpora esa información a su repertorio de conducta. Una expectativa del rol sexual, que los niños recogen muy temprano, es no actuar como si se fuera del otro sexo.

La mayoría de las personas lidian toda la vida con aspectos del rol sexual, especialmente ahora que la sociedad está en una etapa de transición en su comprensión de cuáles son las funciones apropiadas del varón y de la mujer.

Las actitudes y los valores

Uno de los aspectos más influyentes de la sexualidad incluye nuestras actitudes y valores acerca del comportamiento sexual, el género y el rol sexual. Como individuos tenemos sentimientos propios y creencias acerca de lo apropiado de lo que se hace o debe hacer como varones o mujeres y propias actitudes acerca de las diversas conductas sexuales. Cada uno proviene de una familia con expectativas y valores. Si bien las actitudes individuales se arraigan en las expectativas de la familia, rara vez están sincronizadas con ellas en un cien por ciento. Además, las actitudes individuales y familiares están también influenciadas por las actitudes culturales.

Aunque a menudo no se esta conciente de que enseñan actitudes y valores, los niños recogen con astucia lo “enseñado” en sus más mínimos detalles. A una edad muy temprana, por ejemplo, descubren que cuando se tocan diferentes partes del cuerpo –codos, dedos del pie, genitales- provocan reacciones bastante diferentes por parte de los adultos. Aprenden que unas partes de su cuerpo se describen con eufemismos –“el asunto”, “la cosita”, “tu partecita” – o quizás, que no se describen en lo absoluto.

Desde el punto de vista de Silber (1992):

La ironía es que los adultos piensan que el enseñar a los adolescentes acerca de la sexualidad en las escuelas secundarias impartirá de algún modo información peligrosa a individuos carentes de valores o de moralidad propia. De hecho, los niños ya saben lo que existe, independientemente de que puedan articularlo claramente o no. Cuando los niños llegan a la adolescencia, ya están profundamente imbuidos de las actitudes y los valores de su familia, de la cultura en general y de las subculturas específicas. (p. 80)

Los valores y las actitudes tienen una mayor influencia que ningún otro factor. Supongamos que dos personas tienen una relación sexual. Una piensa que el coito es la expresión más maravillosa y bella del amor; la otra piensa que es degradante, repugnante y horrible. El mismo acto, en el mismo momento, puede ser vivido de manera enteramente diferente por los dos participantes. Su experiencia no se basa en el acto mismo, sino en sus actitudes hacia el acto.

La orientación sexual

La otra dimensión de la sexualidad es la orientación sexual, que está basada en los sentimientos persistentes de atracción sexual y emocional hacia los varones o hacia las mujeres, o hacia ambos sexos. La mayoría de los seres

humanos desarrollan atracción hacia el sexo opuesto, una proporción más pequeña hacia el mismo sexo y algunos hacia ambos sexos.

Cualquiera que sea el caso, no es algo que se decide conscientemente. Llega un momento en que los jóvenes toman conciencia de quién o qué los atrae y/o excita. Ellos se dan cuenta de que necesitan acercarse a alguien, que les arrasa una emoción poderosa. La atracción es impulsada por los cambios hormonales que vienen con la pubertad.

El comportamiento sexual

Durante la adolescencia temprana, los jóvenes desarrollan el sentimiento de quién y qué los atrae. Contrariamente a las suposiciones populares, el darse cuenta de esa situación no implica automáticamente el tener relaciones sexuales. El comportamiento sexual puede ser una decisión tanto de no hacer como de hacer algo, incluyendo el beso, tomarse de las manos, masturbarse, y una gama completa de otros comportamientos; de los cuales el acto sexual es uno más.

La identidad sexual

Si la identidad genérica se refiere a saber y rotularnos varón o mujer y la orientación sexual se refiere al objeto de nuestras atracciones emergentes, la identidad sexual corresponde al rótulo que nosotros mismos nos ponemos según nuestra orientación. Este rótulo viene generalmente después de la aparición de sentimientos internos poderosos y de por lo menos algún comportamiento sexual.

Es necesario destacar las distinciones –que con demasiada frecuencia no están bien claras- entre los tres componentes del desarrollo sexual: la orientación, el comportamiento y la identidad.

El conocimiento sexual

Está claro que el conocimiento es un componente importante de la sexualidad, pero desafortunadamente la mayoría de los jóvenes de hoy pasan por el proceso –identificando quienes son, lo que pueden hacer como varones y como mujeres, cómo se sienten al respecto, con quien desean estar- y se ponen el rótulo, antes de que empiecen a obtener la información precisa sobre la sexualidad; si es que alguna vez la obtienen.

Las habilidades sexuales

Quizás el último componente del aprendizaje sexual sea la adquisición de las “habilidades” sexuales. Nuevamente los mitos predominantes enseñan que el sexo puede ser “maravilloso” o “sucio”, que en cualquier caso, instintivamente “sabemos cómo hacerlo” desde el comienzo, y que si no lo sabemos algo debe andar mal con nosotros. De hecho, como muchas otras actividades, realmente no lo hacemos bien sino después de repetir la experiencia varias veces

4.3 Desarrollo biológico del hombre, la mujer y su funcionamiento.

Hombre

Los órganos sexuales del hombre (esquema 2 pág. 173) constituyen un importante y complicado sistema de glándulas, conductos y vesículas, destinados a generar las células masculinas de reproducción, llamadas espermatozoides.

Tórtora (2000), nos define de la siguiente manera el órgano sexual masculino: Lo más notorio es el *pene*, cuya longitud aproximada es la de un dedo, aunque más grueso. En su interior tiene un pequeño conducto que cumple dos funciones: evacuar la orina de la vejiga y permitir el pasaje del esperma.

Debajo del pene pende una bolsa de piel laxa y redondeada, el escroto, que contiene dos testículos.

Cada una de estas glándulas de forma oval miden de 3 ½ a 4 cm. de largo en un hombre adulto; en ellas se producen los espermatozoides. Detrás de cada testículo se encuentra un órgano de depósito; el epidídimo, hay se encuentran conductos muy finos, donde millones de espermatozoides maduran.

Desde el epidídimo, estas células espermáticas viajan a través de un conducto largo y flexible (el conducto deferente) hasta las vesículas seminales, que son dos pequeños sacos situados detrás de la próstata. La próstata segrega un líquido lubricante que se mezcla con los espermatozoides. Esta mezcla, llamada semen, se acumula en las vesículas seminales, y de este modo se encuentra lista para salir a través del pene y para iniciar su camino hacia el óvulo.

Cuando un hombre es estimulado sexualmente, se produce en el pene un cambio evidente, que se denomina erección, y cuya causa está en el rápido ingreso de una cantidad suplementaria de sangre en el tejido esponjoso del miembro, cuando esto no ocurre se mantiene flácido. Este, entonces, se torna firme y erecto y aumenta su longitud, llegando a medir de 13 a 20 cm. de largo en un hombre que ha completado su desarrollo. Cuando el pene sobresale del cuerpo, formando un ángulo con él, el hombre está preparado para efectuar el acto sexual, no hay relación entre el tamaño o la longitud del pene y la potencia sexual.

Con frecuencia muchos adolescentes y hombres tienen erecciones producidas por pensamientos o fantasías sexuales, por la cercanía de una mujer o simplemente por la necesidad de orinar por la mañana. Muchas erecciones terminan sin la descarga de semen; las válvulas de algunas venas se abren y permiten que la sangre acumulada en el pene retorne a la corriente principal. La descarga se llama eyaculación y consiste en una serie de rápidos y cortos chorros de un líquido blanco lechoso.

En cada gota de semen de un hombre desarrollado y sano hay abundantes espermatozoides (células espermáticas), que tienen forma de renacuajos con una cola larga; son tan pequeños que 500 de ellos colocados en fila no miden más de 2.54 cm. El espermatozoide sólo puede ser visto con microscopio.

Así pequeño como es, cada espermatozoide tiene la capacidad de iniciar una nueva vida humana cuando fecunda al óvulo en el cuerpo de la mujer.

El signo más confiable de que el adolescente podrá producir una eyaculación de semen es la aparición de pelo alrededor de la zona del pene. Este pelo, llamado vello púbico, al principio es muy suave, pero gradualmente se convierte en más oscuro, grueso y enrulado. El pelo comienza también a crecer en las axilas. Se calcula que tres o cuatro meses después que aparece el pelo enrulado sobreviene la primera eyaculación de semen, aunque dicho lapso varía de un individuo a otro (esquema 2).

Mujer

Tórtora (2000) los define así: Los ovarios son los órganos donde se almacenan los *óvulos*. Se encuentran uno a cada lado y tienen aproximadamente la forma y tamaño de una almendra. Los ovarios de una niña recién nacida ya contienen, en forma rudimentaria, cientos de óvulos. Posteriormente, durante el período de la vida que se extiende desde los 13 años hasta los 50 aproximadamente, madurarán de 400 a 500 de ellos. Pero los ovarios permanecen inactivos hasta que la joven llega a la pubertad. Comienza luego un proceso que se repite regularmente cada 21 a 35 días durante 30 ó 40 años. Alrededor de una vez al mes, uno u otro ovario producen un óvulo maduro. Los ovarios no necesariamente alternan la tarea. El óvulo maduro atraviesa la superficie del ovario y entra en la trompa de Falopio que se encuentra junto a él. Este proceso se llama ovulación, y ocasionalmente cuando esto ocurre algunas mujeres pueden sentir un ligero dolor en la zona inferior del abdomen.

El óvulo desciende luego por la trompa de Falopio hacia el útero. Este importante órgano, localizado entre ambos ovarios, tiene la forma y el tamaño

de una pera mediana y sin embargo, como está constituido por tejido muscular y elástico, puede aumentar muchas veces su tamaño normal. El útero es el órgano donde se desarrolla un nuevo ser hasta el momento del nacimiento, y los poderosos músculos de aquél ayudan a expulsarlo hacia el mundo.

Todos los meses el útero se prepara para recibir un óvulo fecundado creando un suave tejido con vellosidades formadas por pequeñas venas; lugar perfecto para que el huevo se desarrolle. Si un óvulo fue fecundado, ya comenzó a desarrollarse antes de penetrar en el útero; llega a éste alrededor de tres días después de abandonar el ovario. Pero si no ha sido fecundado, permanece vivo sólo unas 12 horas después de entrar en las trompas de Falopio, luego se destruye y es absorbido por el organismo. En este caso, el lugar preparado para recibir al huevo se hace innecesario, y los tejidos junto con sangre, son eliminados a través de la vagina, fuera del cuerpo. Este hecho ocurre mensualmente, se llama menstruación y dura entre 3 y 6 días (esquema 3 pág. 174).

4.4 Importancia del autoexamen

Existen varias razones por las cuales es necesario que las jóvenes se realicen un examen pélvico y uno mamario anualmente. Por otra parte también los adolescentes varones deben realizarse el autoexamen testicular y el examen de los genitales y el escroto.

Prestar atención a las mamas no requiere una capacitación especial: las mujeres sólo tienen que conocer sus cuerpos.

Autoexamen mamario.

Muchas de las veces la idea de los autoexámenes confunden a las mujeres, pues no están seguras de si lo están realizando correctamente, por este motivo prefieren no realizarlo. En diversas investigaciones se ha planteado que no existe ninguna técnica formal pues la gran mayoría de las mujeres que han encontrado bultos sospechosos ha sido de manera casual en actividades diarias, tales como ducharse o vestirse. Por tal razón a todas las mujeres se

les debe hacer especial énfasis en la autoexploración de mamas de manera rutinaria.

Schneider, (2000), en su pág. de Internet dice lo siguiente:

El autoexamen mamario debe realizarse en dos partes: el aspecto de las mamas y la manera en que se sienten. La parte del aspecto es sencilla. Antes de vestirse, colocarse frente a un espejo, parada o sentada, con los brazos relajados a los costados del cuerpo. Observar las mamas cuidadosamente. ¿Se observa algo inusual, como un cambio en el aspecto de los pezones? ¿Hay hoyitos o cambios en la piel? Luego observar las mamas desde distintos ángulos y cambiando la posición de los brazos.

Con las manos a los costados del cuerpo, o los brazos por encima de la cabeza, o las manos en las caderas, observar si hay hoyitos o cambios en la piel. El objetivo es aprender a conocer su aspecto.

La segunda parte consiste en ver cómo se sienten las mamas. Quizá resulte extraño al principio tocarse las mamas. A algunas jóvenes les genera vergüenza, pero no hay razón para que se sientan culpables o incómodas. El autoexamen mamario ayuda a preservar la salud.

Algunas jóvenes creen que es más sencillo practicar la parte táctil del autoexamen mamario en la ducha; esto no sólo es cómodo, sino que, además, el jabón y el agua ayudan a que las manos se muevan con mayor facilidad sobre las mamas.

Se examinan de a una por vez. Si se comienza con la mama derecha, se levanta el brazo derecho, colocar la mano derecha detrás de la cabeza y usar la mano izquierda para palpar la mama.

Un modo de examinar las mamas es pensar en ellas como círculos. Moviendo los dedos con un movimiento en espiral desde el exterior hacia el interior del círculo, acercándose gradualmente al pezón, para percibir qué se siente normal

y qué se siente diferente en relación con la última vez que se examinaron. Se aplican distintos niveles de presión: leve, moderada y fuerte. Esto permitirá sentir las distintas capas de tejido de las mamas. Con una presión leve, seguir con una moderada y terminar con una presión fuerte para sentir el tejido más profundo. Luego repetir el mismo procedimiento, pero colocando el brazo izquierdo detrás de la cabeza para palpar la mama izquierda.

También se pueden examinar mientras se está acostada boca arriba en la cama. Algunas jóvenes tienen senos grandes, otras los tienen pequeños; algunos son simétricos y otros no. Algunos senos presentan bultos aunque estén sanos, mientras que otros no. La mayoría de las adolescentes tienen senos sanos más allá de qué aspecto tengan y de cómo se sientan. Pero si estuvieran preocupadas acerca del aspecto de sus senos o de cómo se sienten, se consulta a un médico.

Se recomienda no entrar en pánico si se siente un bulto inusual en uno de los senos. El cáncer de mama es muy poco frecuente en las adolescentes. De hecho, en las adolescentes, el tipo más común de bulto que aparece en los senos suele asociarse con el crecimiento y desarrollo normal de éstos. Otra de las enfermedades comunes que genera la aparición de bultos son los crecimientos no cancerosos llamados fibroadenomas y los quistes pequeños, llenos de líquido, que tienden a variar en tamaño durante el ciclo menstrual de la joven. Estos cambios fibroquísticos en los senos son comunes y afectan a más de la mitad de las mujeres. Están relacionados con el ciclo normal de las hormonas asociadas con la menstruación y suelen ser peores justo antes del comienzo del período y cuando éste se inicia. Si se tienen cambios fibroquísticos en los senos u otros problemas que dificulten la práctica de un buen autoexamen mamario se consulta con el médico.

De igual forma es importante para la salud sexual visitar al ginecólogo para un examen pélvico.

Motivos para realizarse el examen pélvico:

- **como un examen de rutina.** Porque deben asegurarse de que se están desarrollando normalmente. Muchos médicos recomiendan que las jóvenes se realicen su primer examen ginecológico cuando cumplen 18 años (o antes si la joven es sexualmente activa o si existe algún problema de salud relacionado con su sistema reproductor).
- **para prevenir un embarazo o una ETS.** Cuando una joven comienza a ser sexualmente activa, debe realizarse un examen pélvico lo antes posible para hablar acerca de los métodos anticonceptivos y prevenir enfermedades de transmisión sexual.
- **para resolver un problema.** Los motivos para realizarse un examen pélvico son variados. Por ejemplo, si tienen problemas con el sangrado menstrual, interrupción de su ciclo menstrual, dolores, indicios de infección y preocupaciones sobre su desarrollo, es aconsejable que consulte a un médico.

Examen pélvico:

El médico o la enfermera profesional se pondrán guantes para examinar el exterior de la vagina. Observarán para asegurarse de que no hay llagas ni hinchazón y de que todo se ve normal en la parte exterior.

Luego examinan el interior de la vagina con la ayuda de un espejo. El espejo es un instrumento delgado de plástico o de metal que termina en una pieza con bisagra, lo que permite abrirlo y cerrarlo. El médico o la enfermera profesional entibian por lo regular el espejo con agua y luego lo deslizan dentro de la vagina, el médico o la enfermera profesional enfocarán una luz dentro de la vagina para observar si existe algo anormal, como enrojecimiento, hinchazón, secreciones o llagas, luego hacen un Papanicolaou, un estudio que consiste en tomar una muestra de algunas células del cuello del útero.

Para realizar un Papanicolaou, el médico o la enfermera profesional utilizan algo parecido a un hisopo de algodón muy largo para raspar suavemente el interior del cuello del útero. Esto no duele en absoluto. Algunas mujeres dicen que sienten una pequeña puntada que sólo dura un segundo.

Es muy importante realizarse un examen pélvico una vez al año, incluso cuando no hay molestias, porque ayuda a detectar problemas a tiempo.

Autoexamen testicular

Es un método sencillo que les permite a los varones examinar sus testículos a fin de asegurarse de que no existen bultos ni protuberancias inusuales que suelen ser el primer indicio de un cáncer testicular.

Aunque el cáncer testicular es poco frecuente en los adolescentes, suele ser el cáncer más común en hombres de entre 15 y 35 años, en términos generales. Es importante que realicen un autoexamen testicular todos los meses a fin de familiarizarse con el tamaño y la forma normales de sus testículos, lo que le permitirá descubrir la presencia de algo diferente o anormal en el futuro.

Esto es lo que se debe hacer:

- Lo mejor es realizar el autoexamen testicular mientras está tomando una ducha o un baño caliente, o inmediatamente después. El escroto (la piel que recubre los testículos) está más relajada en ese momento, lo que facilita el examen.
- Examinar un testículo por vez. Se debes hacer girar cada testículo entre los dedos de ambas manos (aplicando una leve presión).
- Tiene que sentir el epidídimo (el conducto que transporta los espermatozoides), una especie de cordón blando que duele un poco si se lo presiona, ubicado sobre el borde postero superior de cada testículo. Éste es un bulto normal.

- Uno de los testículos (en general, el derecho) es apenas más grande que el otro en la mayoría de los varones. Esto también es normal.
- Cuando se examina cada testículo, se trata de detectar bultos o protuberancias en el frente o los costados. En ocasiones, los bultos son tan pequeños como un grano de arroz.
- Si se nota algún tipo de hinchazón, bultos o cambios en el tamaño o el color de un testículo, o si se siente algún dolor o alguna molestia en las ingles, se debe consultar de inmediato al médico.

Los bultos o la hinchazón no implican la presencia de un cáncer, pero el médico debe examinarlos lo antes posible. El cáncer testicular casi siempre tiene cura si se lo detecta y trata a tiempo.

El examen de los genitales y el escroto.

El escroto es la bolsa de piel que contiene y ayuda a proteger los testículos. Los testículos producen esperma y, para esto, es necesario que la temperatura de los testículos sea inferior a la del interior del cuerpo. Ésta es la razón por la cual el escroto está localizado fuera del cuerpo.

Durante el examen físico, el médico examinará los genitales, incluyendo el pene y los testículos. El médico puede solicitarle al adolescente que tosa mientras examina el escroto. A pesar de que esto puede ser motivo de vergüenza para un adolescente varón, es necesario para ayudar a evaluar la presencia de hernias o tumores.

4.5 Disfunciones sexuales.

Kaplan Singer (1978), define las disfunciones sexuales como trastornos psicosomáticos que impiden al individuo realizar el coito o gozar de él, ya que pueden hallarse inhibidos tanto el componente vasocongestivo como el orgásmico de la respuesta sexual de manera conjunta o separada.

Las causas de estas disfunciones sexuales pueden ser psicológicas, anatómicas o fisiológicas. Algunos de estos problemas pueden originarse en la misma persona. Otros pueden ser consecuencia del tipo de relación de pareja que se tiene.

Hay teorías que postulan la importancia de proteger la adecuada satisfacción de las necesidades sexuales como medio de equilibrio personal y social. Se sostiene que es saludable mantener relaciones sexuales gratificantes. El placer sexual es deseado y buscado como complemento indispensable en la vida de pareja.

La actividad sexual se ha incorporado como algo rutinario en la vida de pareja y la búsqueda del placer sexual es tan importante como el tener un sustento económico, criar hijos o progresar en la vida. En la actualidad, este placer sexual es requisito, tanto para la mujer, como para el hombre.

Dentro de las áreas de conducta humana, el comportamiento y la actividad sexual son difíciles para establecer el límite entre lo normal y lo anormal o patológico. Los criterios varían de una cultura a otra, en distintas sociedades, en cada religión y en cada momento temporal.

De acuerdo con Carrobes (1985), la anormalidad estaría relacionada con una conducta sexual:

- destructiva para uno mismo o para los demás,
- que excluye la estimulación de los órganos sexuales primarios,

- asociada inadecuadamente a sentimientos de culpa y ansiedad,
- de naturaleza compulsiva.

Para clasificar los trastornos de la sexualidad, el DSM IV (Cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana) los concentra en tres grupos:

A) Disfunciones Sexuales: Se relacionan con trastornos en una fase particular de la respuesta sexual. La función sexual puede verse afectada por factores estresantes, factores emocionales o por la ignorancia sobre la función sexual y la fisiología. La disfunción puede ser de toda la vida o puede adquirirse en un momento dado. Dentro de este grupo se encuentran:

Trastornos del deseo.- La aparición del deseo sexual se relaciona con varios factores, como por ejemplo, el impulso biológico, una autoestima adecuada, experiencias previas agradables, disponibilidad de un compañero apropiado y una buena relación con éste. En la medida en que alguno de estos factores no se presenten, el deseo sexual puede inhibirse.

Trastornos de la excitación sexual.- El trastorno de la excitación sexual en ambos sexos consiste en la incapacidad de conseguir o mantener una respuesta sexual adecuada.

Trastornos del orgasmo.- La fase del orgasmo consiste en un punto de máximo placer, con la liberación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. Los trastornos se dividen en: disfunción orgásmica femenina, disfunción orgásmica masculina y eyaculación precoz.

Trastornos sexuales por dolor.- El cual en ambos sexos consiste en aparición de dolor intenso durante la relación sexual; este puede llegar a ser tan intenso que impida el mantenimiento de una vida sexualmente activa.

B) Parafilias: son trastornos caracterizados por fantasías sexuales muy específicas, así como necesidades y prácticas sexuales repetitivas, que causan un intenso malestar a la persona. La fantasía sexual específica es el elemento patológico. Las parafilias son conductas que excluyen o dañan a otros, y que alteran el potencial para la unión entre dos personas. Entre las mismas se presentan:

Exhibicionismo.- Necesidad de exponer los propios genitales.

Fetichismo.- Se consigue la excitación sexual mediante objetos.

Froteurismo.- Frotamiento de los órganos sexuales primarios masculinos contra alguna parte del cuerpo femenino.

Pedofilia.- Fantasías sexuales y comportamientos excitantes que implican la actividad sexual con niños menores de 13 años.

Masoquismo sexual.- Se consigue la actividad sexual mediante comportamientos reales en los cuales se es humillado, pegado o atado.

Sadismo sexual.- Fantasías sexuales excitantes y comportamientos que implican actos reales en donde el sufrimiento psicológico o físico de otra persona resulta sexualmente excitante.

Voyeurismo.- Actos que implican observar a otras personas que están desnudas o teniendo relaciones sexuales.

Fetichismo transvestista.- Necesidad de vestirse con ropa de mujer para conseguir excitarse sexualmente.

C) Trastorno de la identidad sexual: se relaciona con el sentimiento persistente de malestar que una persona experimenta con su sexo biológico y su rol sexual.

4.6 Sexo, drogas y alcohol.

Cuando se mezcla bebida, droga y sexo, se desplaza hacia el peligroso mundo del SIDA y de las ETS, que ponen en peligro la vida, así como los embarazos en la adolescencia y la violación.

Aidscom (citado en Fernández, 2002) opina lo siguiente:

Cuando una persona bebe alcohol o ingiere, inhala otras drogas, corre peligro de perder los mecanismos de defensa que le permiten evitar los riesgos; cuando una persona está un poco fuera de control, aunque no pierda el sentido y se sienta perfectamente, se ve afectada en su capacidad para tomar precauciones y decisiones ante alguna situación que implique un riesgo, ya que los acontecimientos parecen muy agradables y generalmente se tienen pensamientos como: “por una vez a mi no me va a pasar nada”. Este es uno de los razonamientos más peligrosos, ya que la persona que piensa que no corre ningún riesgo es en realidad la que mayores posibilidades tiene de infectarse o de transmitir el VIH.

Por ello es que se hace hincapié en el peligro que se corre tomando alcohol o utilizando otras drogas en los momentos previos a tener una relación sexual. (p. 505)

Por otro lado McEwan y cols. (Fernández, 2002) como resultado del estudio entre consumo de alcohol y SIDA, nos mencionan que el consumo de alcohol y el sexo inseguro pueden ocurrir en los bares y centros nocturnos, lugares que frecuentan los adolescentes, donde les venden alcohol y por lo consiguiente se dan con mucha facilidad los encuentros sexuales ocasionales.

4.7 Delitos sexuales.

La sexualidad es un derecho del hombre por naturaleza por lo que resulta sumamente conveniente y necesario conocer cual es la ley que ampara los delitos sexuales, pues ello fomentara el buen desarrollo sexual.

A continuación Describiremos uno a uno los delitos sexuales de acuerdo a Carrancá (2003), en el Código Penal anotado:

Título Decimoquinto del código penal del distrito federal.

Delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual.

Capitulo I del Código penal

Hostigamiento sexual, abuso, estupro y violación.

4.7.1 Hostigamiento sexual

Articulo 259 bis.- Al que con fines lascivos asedie reiteradamente a persona de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica derivada de sus relaciones laborales, docentes, domesticas o cualquier otra que implique subordinación, se le impondrá sanción hasta de cuarenta días multa. Si el hostigador fuese servidor publico y utilizase los medios o circunstancias que el encargo le proporcionen, se le destituirá de su cargo.

Solamente será punible el hostigamiento sexual, cuando se cause un perjuicio o daño (853 bb)

Solo se procederá contra el hostigador, a petición de parte ofendida.

4.7.2 Atentados al pudor (abuso sexual)

Articulo 260.- “Al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la copula, ejecute en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo, se le impondrá pena de seis meses a cuatro años de prisión” (857)

Si se hiciera uso de violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena aumentara hasta en una mitad (854) (855) (856) (857) (857 a) (57b) (857c) (856) El acto erótico-sexual es un acto diverso del acceso carnal y no consiste en palabras, ejecutado por el sujeto activo con o sobre o en la persona del activo o por o sobre o en ambos sujetos y “dirigido a excitar o satisfacer la propia concupiscencia del activo, aunque no se llegue al completo desarrollo de la lujuria”... Refregar el órgano sexual de la víctima con el miembro viril, hacerse tocar el miembro viril, palpar las piernas o los pechos a una mujer o introducirle los dedos en la vagina, besar aplicando labios y lengua lúbricamente, etc. Procede la agravación de la pena si el acto erótico sexual se verifica con empleo de violencia física o compulsión moral sobre el pasivo. Solo se procederá contra el victimario a petición de la parte ofendida o de sus allegados.

4.7.3 Estupro

Artículo 262.- Al que tenga copula con persona mayor de doce años y menor de dieciocho, obteniendo su consentimiento por medio del engaño, se le aplicara de tres meses a cuatro años de prisión”.

Jurisp.- En el delito de estupro el bien jurídico tutelado por la ley cuando esta no exige la doncellez, no es la integridad himenal de la mujer si no su seguridad sexual en atención, a su edad y en tal concepto el tipo puede configurarse aunque la ofendida ya no fuere virgen al momento de copular.

Solo se procederá contra el victimario a petición de la parte ofendida o de sus allegados.

4.7.4 Violación

Artículo 265.- Al que por medio de la violencia física o moral realice copula con persona de cualquier sexo, se le impondrá prisión de ocho a catorce años.

Para los efectos de este artículo, se entiende por copula la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal y oral, independientemente de su sexo.

Se considera también como violación y se sancionara con prisión de ocho a catorce años, al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo el ofendido.(868), (869), (870) (871) (871 a) (871aa) (871b) (871c).

4.7.5 Violación entre cónyuges

Artículo 265 bis.- Si la víctima de la violación fuera la esposa o concubina, se impondrá la pena prevista en el artículo anterior.

Este delito se perseguirá por querrela de parte ofendida. (871d)

4.7.6 Violación Ficta

Artículo 266.- Se equipara a la violación y se sancionara con la misma pena:

- I. Al que sin violencia realice copula con persona menor de doce años;
- II. Al que sin violencia realice copula con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo y;
- III. Al que sin violencia y con fines lascivos introduzca por vía anal o vaginal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril en una persona menor de doce años de edad o persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo, sea cual fuere el sexo de la victima.

4.7.7 Violación de pena agravada

Artículo 266 BIS.- Las personas previstas para el abuso sexual y la violación se aumentaran hasta en una mitad en su mínimo y máximo, cuando:

- I.- El delito fuere cometido con intervención directa o inmediata de dos o más personas;
- II.- El delito fuere cometido por un ascendiente contra su descendiente, este contra aquel, el hermano contra su colateral, el tutor contra su pupilo o por el padrastro o amasio de la madre del ofendido en contra de su hijastro. Además

de la pena de prisión, el culpable perderá la patria potestad o la tutela, en los casos en que ejerciere sobre la víctima;

III.- El delito fuere cometido por quien desempeñe un cargo o empleo público o ejerza su profesión, utilizando los medios o circunstancias que ellos proporcionen. Además de la pena de prisión el condenado será destituido del cargo o empleo o suspendido por el término de cinco años en el ejercicio de dicha profesión;

IV.- El delito fuere cometido por la persona que tiene al ofendido bajo su custodia, guarda o educación o aproveche la confianza depositada.

Capítulo II del Código penal

Rapto

4.7.8 Rapto

Artículo 267.-

El apoderamiento consiste en “el alejamiento de la persona del lugar en que se encuentre (calle, casa, etc.) conduciéndola, bajo la potestad del agente, a un lugar, diverso de aquel en que habitualmente vivía o en que hubiere debido permanecer, aunque no se aquel en que el agente tenía intención de colocarla definitivamente”

(879) El apoderamiento constituye el elemento físico del delito; la violencia física, la coacción moral, la seducción y el engaño con los medios operatorios seleccionados por la ley para perpetrar el apoderamiento. La tendencia interna trascendente o intención ulterior, elemento subjetivo del injusto esta configurada como propósito en el agente de satisfacer “algún deseo erótico-sexual o casarse”

Capítulo IV del Código penal

Incesto

4.7.9 Incesto (885)

Artículo 272.- Se impondrá la pena de uno a seis años de prisión a los ascendientes (886) que tengan relaciones sexuales (887) con sus descendientes.

La pena aplicable a estos últimos será de seis meses a tres años de prisión. Se aplicara la misma sanción en caso de incesto entre hermanos (888)

Definición de copula:

“Introducción del órgano viril de una persona en el cuerpo de otra, de modo que haga posible el coito o un equivalente anormal de este” (Vicenio Manzani, Trattato di Diritto Penale Italiano, Turín 1933-1939, t LVII, Pág. 257) El coito o copula stricto sensu se realiza por la introducción del pene en la vagina. Existe la copula lato sensu cuando la introducción es en el ano o en la boca. No se requiere para el coito que el acceso carnal alcance su perfección fisiológica, ni la desfloración de la víctima, pudiendo tratarse de una introducción incompleta (Eusebio Gómez, Tratado de Derecho penal, buenos aires, t III, Pág. 105)

La ley marca que por derecho propio, la víctima tendrá acceso a la reparación del daño moral ya sea particular o provisto por el estado. En el caso del Distrito Federal el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales es el encargado de ello, el cual depende de la Subprocuraduría de Atención a Víctimas.

El centro de terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales tiene como objetivo:

Brindar atención integral y especializada a quienes han sido afectados por delitos sexuales, por medio de orientación general, apoyo psicoterapéutico, elaboración de impresiones diagnósticas, asesoría, seguimiento y asistencia jurídica, así como la participación y asistencia médica, contando para ello con un equipo interdisciplinario de Trabajadoras Sociales, Peritos, Psicólogas

Clínicas, Abogados y Médico. En el se incluyen dos programas los cuales consisten en:

Programa “Atención Psicoterapéutica a Víctimas de Delitos Sexuales”

Objetivo del Programa:

Apoyar a las víctimas directas a través de atención psicológica especializada, para el adecuado manejo del estrés post-traumático generado por el hecho delictivo, previa valoración del impacto del delito sexual en dichas víctimas.

4.8 Enfermedades de transmisión sexual.

Las relaciones sexuales que dan como consecuencia la propagación de la especie son la forma de comunicación más perfecta, más íntima que existe entre dos seres. El ser humano es el único entre los seres vivos, que ha logrado sublimar el mero instinto sexual animal, en un acto amoroso, de entrega plena y satisfactoria de dos personas. Amor no es igual a sexo, tal vez por ello a las infecciones resultado de esta relación interhumana se les llama propiamente enfermedades de transmisión sexual ETS y no venéreas como antes se les conocía haciendo alusión a Venus- Venere, la diosa del amor.

Amado (1995), refiere lo siguiente:

Las infecciones resultado del acto amoroso, son tan antiguas como la misma humanidad, pero su importancia ha variado mucho a través de los tiempos, se les ha descuidado algunas veces, en otras han producido epidemias. Han sufrido altas y bajas, resultado de diversos factores: costumbres, guerras, hacinamientos, prejuicios. Algunas ya son perfectamente curables, otras no. Hay lesiones insignificantes, otras pueden causar la muerte, pero si es de señalarse que afectan a un gran

número de habitantes de este mundo, sin respetar sexo, edad, razas, países y condiciones socioeconómicas. (p.237)

La adolescencia es la etapa en que, en muchos casos, comienza la vida sexual propiamente dicha y es de importancia extrema hablar con los jóvenes de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre las que destaca el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, mejor conocida como SIDA. La importancia de que la información acerca de las ETS se difunda se refleja en el alarmante hecho de que actualmente el SIDA se propaga entre aquellos que tienen poco o nulo acceso a la información preventiva. Así, el SIDA, más allá de ser una enfermedad de transmisión sexual, se está volviendo también una enfermedad derivada de la ignorancia o de la imprudencia.

Una característica muy importante de la mayor parte de estas enfermedades es que no siempre la persona infectada desarrolla síntomas visibles; pero sí pueden transmitirlas.

El advenimiento del SIDA, en 1979, ha traído un nuevo interés en estas enfermedades y una mayor preocupación del mundo por tratar de evitarlas. Las ETS podemos clasificarlas en dos grupos:

- *Esencialmente de transmisión sexual.* Entre ellas tenemos la enfermedad tipo: sífilis, gonorrea, chancro blando o chancroide, el linfogranuloma venéreo o enfermedad de Nicolás y Favre, el granuloma inguinal o enfermedad de Donovan y el papiloma.
- *Eventualmente de transmisión sexual.* Escabiasis, pediculosis, uretritis inespecíficas, enfermedades por clamidias, molusco contagioso, herpes simple, tiña y candidiasis inguinal o genital, triconiasis, blanopostitis erosiva, hepatitis B, enfermedad pélvica inflamatoria, condilomas acuminados y VIH.

Las ETS en los adolescentes a veces son señales que alertan y facilitan la detección de problemas generales de la salud física y mental. Una ETS puede encubrir problemas subyacentes como la promiscuidad asociada a una depresión, un embarazo no deseado y situaciones sentimentales complejas (celos, rabia, desilusión, depresión suicida). Debe considerarse que los adolescentes jóvenes que presentan ETS pueden haber sido víctimas de incesto o de abuso sexual.

Al respecto Bronfman et al. (1994) opinaron lo siguiente:

En ausencia de vacunas, la única forma como podemos prevenir las ETS y el SIDA es educando para general cambios de comportamiento. Aún cuando se contara con vacunas, sería indispensable mantener los programas permanentes de educación. (p.57)

Para protegerse de las ETS, las únicas medidas preventivas totalmente seguras son: 1) abstinencia sexual, y 2) fidelidad, es decir relaciones monogámicas mutuas como principal estrategia de prevención de ETS. También debe reconocerse que muchos mexicanos difícilmente practicarán abstinencia o fidelidad. Por ello, las medidas de salud pública para disminuir la propagación de las ETS incluyendo el SIDA, deben incluir la promoción del condón y de su fácil accesibilidad y disponibilidad, así como la educación para su uso adecuado. (p.62)

Hablaremos de aquellas ETS más frecuentes en nuestro medio. Tomados del capítulo Enfermedades de Transmisión Sexual de Aller Atucha (1991).

INFECCIÓN	CAUSAS	SINTOMAS
<p>Condiloma o verruga genital</p>	<p>La provoca el virus Papiloma Humano, afecta a hombres y mujeres, se adquiere por contacto sexual.</p>	<p>Entre los 15 días y los 3 meses posteriores al contacto sexual con la persona infectada aparecen (en el glande, prepucio o ano del hombre, o en la vulva, la vagina, el cuello del útero o en el ano de la mujer) pequeñas verrugas no dolorosas que llegan a crecer dos o tres centímetros. Es importante señalar que, luego de varios años estas lesiones pueden provocar cáncer de pene o de útero.</p>
<p>Chancro blando o chancroide</p>	<p>La provocan bacterias; afecta a hombres y mujeres, se adquiere por contacto sexual.</p>	<p>Aparición de úlceras, semejantes a una roncha infectada en los órganos sexuales; es muy dolorosa, se presenta inflamación de ganglios inguinales.</p>
<p>Glanduloma inguinal</p>	<p>La provocan bacterias, afecta a hombres y mujeres, se adquiere por contacto directo.</p>	<p>Aparece como un barro doloroso que luego se vuelve úlcera de la que sale pus y huele mal, se presenta en el ano, pene y labios vulvares, inflamación de ganglios de la ingle, fiebre y cansancio.</p>

<p>Gonorrea o blenorragia</p>	<p>La provoca la bacteria Neiseria Gonorrea, afecta a hombres y mujeres, se adquiere por contacto sexual.</p>	<p>Después de 3 o 4 días del contacto sexual con la persona infectada el hombre experimenta ardor al orinar y posteriormente sale a través de su uretra una secreción blanco-amarillenta; en la mujer puede no presentarse ningún síntoma aunque frecuentemente, hay ardor al orinar, flujo blanco-amarillento, así como dolor y sangrado durante el coito; si no se trata a tiempo puede provocar esterilidad.</p>
--------------------------------------	---	---

<p>Hepatitis B</p>	<p>La provoca el virus de la Hepatitis B (VHB), afecta a hombres y mujeres, se adquiere a través del intercambio de saliva, por contacto con materia fecal o por contacto sexual.</p>	<p>Se presenta con vómito, cansancio y debilidad; la piel y los ojos se ponen de color amarillo; la orina se torna muy oscura y el excremento más claro. Actualmente no existe ningún tratamiento que elimine de manera total este microorganismo del cuerpo humano.</p>
---------------------------	---	--

<p>Herpes genital</p>	<p>La provoca el virus Herpex Simples II, afecta a hombres y mujeres; se adquiere por contacto sexual.</p>	<p>Después de tres a cinco días del contacto sexual con una persona infectada se pueden presentar unos pequeños granitos que producen comezón, más tarde estos granitos se vuelven ampollitas y luego úlceras de menos de un centímetro de diámetro, son muy dolorosas, no existe actualmente un tratamiento que elimine de manera total este microorganismo del cuerpo y, por ello, pueden reaparecer las lesiones en cualquier momento.</p>
------------------------------	--	---

<p>Linfogranuloma venéreo</p>	<p>La provocan bacterias; afecta a hombres y mujeres; se adquiere por contacto sexual.</p>	<p>Inflamación de varios ganglios que se encuentran principalmente en la zona de la ingle acompañada de dolor, enrojecimiento y aumento de temperatura en la zona afectada.</p>
--------------------------------------	--	---

<p>Moniliasis vaginal</p>	<p>La provocan hongos, afecta principalmente a mujeres embarazadas, mujeres diabéticas, mujeres que han recibido tratamientos con antibióticos o corticoides, no se adquiere necesariamente por transmisión sexual, pero se ha encontrado en el pene del hombre cuando su compañera sexual está infectada.</p>	<p>Algunas mujeres presentan comezón en la vulva, flujo blanco, ardor al orinar y durante la relación sexual.</p>
----------------------------------	--	---

<p>Tricomoniasis</p>	<p>La provoca el parásito tricomona SP, afecta a hombres y mujeres, se adquiere en excusados o por contacto con ropa o toallas húmedas y también por contacto directo con líquidos del cuerpo.</p>	<p>En la mujer aparece flujo amarillento abundante que huele mal, produce comezón, en el hombre se presenta sin síntomas, pero puede causar inflamación de la uretra.</p>
-----------------------------	--	---

<p>Uretritis o vaginitis no gonococica</p>	<p>La provocan un amplio grupo de bacterias, afecta a hombres y mujeres, se adquiere por contacto sexual.</p>	<p>Son semejantes a los de la gonorrea; luego de 3 o 5 días del contacto sexual con la persona infectada puede presentarse en el hombre ardor al orinar y aparecer una secreción transparente o turbia olorosa; en la mujer puede haber flujo vaginal turbio oloroso, ardor al orinar, así como dolor y sangrado al efectuarse el coito, de no tratarse oportunamente puede causar esterilidad.</p>
---	---	---

<p style="text-align: center;">SIDA</p>	<p>La provoca el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), afecta a hombres y mujeres, se adquiere por tener relaciones sexuales desprotegidas (una sola puede bastar) ya sean con penetración vaginal, anal u oral al recibir una transfusión de sangre infectada con el VIH y por usar agujas o jeringas que hayan sido empleadas por personas que tengan VIH, también puede contagiarse por contacto entre la sangre infectada y una herida abierta en la piel, se contagia de una madre infectada a su hijo o hija durante la gestación (actualmente existe tratamiento para evitar el contagio al bebé) y durante el amamantamiento.</p>	<p>Este virus rompe el equilibrio de las células encargadas de proteger el cuerpo; lo dejan indefenso ante enfermedades de cualquier tipo. Inicialmente no hay síntomas, éstos pueden presentarse hasta diez años después de haberse dado el contagio del VIH. Pasada esta etapa, cuya duración es variable, se da un cuadro de adelgazamiento y debilitamiento, se presenta una susceptibilidad mayor a contagiarse de forma grave de enfermedades comunes: gripes que terminan en neumonías, diarreas de larga evolución, etc. Cabe mencionar que para esta enfermedad no existe ningún tratamiento efectivo y por lo general la persona infectada muere entre los 10 y 15 años posteriores a la fecha en que se dio la infección.</p>
---	---	--

¿Cómo evitar el contagio de alguna ETS?

Tener relaciones sexuales seguras:

- Tener relaciones monógamas,
- con personas que estén sanas,
- usar siempre condón que no haya expirado la fecha de caducidad, que sea de látex, seguir al pie de la letra las instrucciones y utilizar un nuevo condón para cada contacto sexual.

Bronfman et al. (1994) creen que:

Hoy en día sabemos que la información no es suficiente para modificar conductas; que es necesario complementar las acciones de divulgación a través de los medios masivos con la comunicación cara a cara e intergrupala. Así es importante reforzar la conciencia de que solo la educación con acción y movilización darán la posibilidad de cambio. Los programas de atención a ETS deben esforzarse especialmente por hacer llegar servicios a las mujeres, facilitar que estas los utilicen y promover reformas legales y sociales que les permitan proteger su salud. (p71, 72)

4.9 Embarazo

La actividad sexual premarital es muy común en la adolescencia. En encuestas de Salud Reproductiva entre los jóvenes de América Latina se reporta que la primera relación sexual varía entre los 13 y 16 años para los varones y entre los 16 y 18 para las mujeres. La edad varía de una región a otra y la impresión actual es que hoy los jóvenes comienzan la actividad sexual a más temprana edad, teniendo en muchos casos como resultado un embarazo no planeado.

El embarazo temprano con sus repercusiones es uno de los problemas más evidentes que plantea la práctica sexual no protegida, la relación sexual temprana se asocia con el uso de métodos anticonceptivos poco efectivos por ejemplo el ritmo y el coito interrumpido. (Orr y cols., 1991)

Debe considerarse la importante secuela psico-sexual que un embarazo no planeado imprime en las adolescentes y en las jóvenes, particularmente en los cambios sustantivos en sus proyectos de vida y su contribución a la deserción escolar.

A las jóvenes algunas veces se les brinda información sobre sexualidad, embarazo, métodos anticonceptivos, etc., sin embargo desconocen a donde acudir en caso de necesitar metodología anticonceptiva o en caso de embarazo, a donde acudir para solicitar atención oportuna.

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años. A nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños (as) de mujeres menores de 20 años, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados. De ellos, aproximadamente el 60% no son planeados. (Stern, 1997)

Es importante reconocer la magnitud del problema en nuestro país y resaltar sus repercusiones, ya que se encuentra en un proceso de crecimiento y desarrollo psicosocial. En madres adolescentes se ha observado que frecuentemente aparecen complicaciones durante el embarazo tales como:

preclampsia, eclampsia, anemia, infecciones de las vías urinarias, enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA, virus del papiloma humano y finalmente el aborto.

Es importante subrayar el hecho de que el embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de riesgo, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Las implicaciones de riesgo obstétrico en la adolescencia temprana incluyen un incremento en la frecuencia de desproporción céfalo-pélvica por lo que se realiza una operación cesárea y si presenta desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna, poco más del 13% de las defunciones maternas ocurren en mujeres menores de 20 años.

El inicio de la maternidad a edades tempranas está relacionado con la reducción de las oportunidades de desarrollo de los/las jóvenes en un ambiente de limitaciones como las que observamos en nuestro país, entre otras las de educación y capacitación para la integración a la fuerza productiva; reforzadas por el rechazo social, familiar y en algunos casos del compañero(a).

El porcentaje de adolescentes mujeres que declararon haber tenido un embarazo fue de 6.9%. El 14.3% de las mujeres de 18-19 años encuestadas había estado alguna vez embarazada. Casi el 40% de las adolescentes entrevistadas que han tenido algún embarazo mencionaron que no lo habían planeado. (Secretaría de Salud, 1999)

Los cambios que genera un embarazo se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión de su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento) por lo tanto se producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, somatizaciones, intentos de aborto y en ocasiones de suicidio.

La adolescente soltera que se embaraza está expuesta a recibir rechazo y crítica por parte de la familia y la sociedad. Su autoestima se ve deteriorada,

surgen sentimientos de culpa y minusvalía. Además, se enfrenta a serios problemas económicos, abandono de sus estudios y pasa a formar parte de las desempleadas o subempleadas.

En México es frecuente que la madre adolescente asuma la responsabilidad de criar a su hijo(a) a menudo con el apoyo de miembros de su familia de origen o de la familia del padre. (Pick y Vargas, 1995) En casos extremos las madres son rechazadas por sus familiares, y se ven orilladas a vivir en condiciones adversas, con pocas posibilidades de bienestar y superación.

La vida sexual activa sin protección incrementa el riesgo de verse involucrados en embarazos no planeados ni deseados, por desconocer o no aceptar el uso de métodos anticonceptivos y de igual manera cuando las ambiciones y proyectos de vida son muy limitados

4.9.1 Embarazos no deseados en la primera juventud

Los embarazos no deseados que acaban en la interrupción voluntaria se producen a todas edades, pero es en las adolescentes más jóvenes en las que los riesgos de todo tipo son mayores.

Para Cáceres y Escudero (1994), los factores que contribuyen a que la adolescencia sea una edad de alto riesgo de embarazo no deseado se podría resumir en tres apartados: factores evolutivos, de normativa social y por último influencias de familiares y de sus iguales.

En relación a los factores evolutivos estos autores hacen hincapié en la idea de que tanto los chicos como las chicas se encuentran preparados físicamente para mantener relaciones sexuales antes que su maduración psicológica les permita adoptar comportamientos responsables.

La normativa social actual orienta a los jóvenes y fundamentalmente a los varones a iniciar a temprana edad contactos sexuales. Aun cuando siguen existiendo diferencias importantes que fomenta en los chicos la búsqueda de

relaciones sexuales y se les orienta de alguna manera para que insistan a las chicas y las convenzan, estos mismos chicos no suelen asumir la responsabilidad en la utilización de los métodos anticonceptivos.

En cuanto a las fuentes de influencia destacan la familia, los amigos, la iglesia y los medios de comunicación llegando a la conclusión que, al diversificarse las vías de información con bastante frecuencia, el conocimiento final puede ser confuso ya que no todas las fuentes envían mensajes e información sexual coherente entre si. (Cáceres y Escudero, 1994)

Los motivos que llevan a las adolescentes a tener un mayor riesgo de embarazo no deseado son múltiples.

La educación sexual en los jóvenes es, sin duda, un tema que actualmente preocupa y ocupa a los investigadores sociales y educadores. Diversas publicaciones e investigaciones han tratado y estudiado aspectos de la educación sexual. Las preguntas que se han hecho con más frecuencia es ¿Qué información tienen los jóvenes, que conductas sexuales y contraceptivas están teniendo los jóvenes de ahora y que actitudes están desarrollando con respecto a estos temas?

En relación a la información que poseen, algunos estudios encuentran que esta es satisfactoria: conocen los métodos anticonceptivos, conocen como adquirirlos, parecen saber los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual; sin embargo cada vez parece también mas claro que la información siendo necesaria no siempre es buena predictora de un comportamiento sexual responsable y adecuado. Sedeño (1991) comenta que el conocimiento adecuado de los métodos anticonceptivos así como una actitud favorable hacia su utilización no son buenos predictores de una eficacia contraceptiva. Probablemente, el que esto sea así está influyendo por diversas variables que no todos los casos son susceptibles de controlar.

Si nos centramos en la información relativa a la utilización de métodos anticonceptivos es cierto que se está haciendo un esfuerzo desde muchos

frentes: escuela, publicidad, organizaciones no gubernamentales, etc. Para que conozcan y utilicen los medios necesarios tanto para prevenir un embarazo no deseado como para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, los protagonistas jóvenes o no tan jóvenes que podemos observar en las películas comerciales y en series de televisión en las que éstos mantienen relaciones sexuales cóitales no suelen incluir la utilización de anticonceptivos. Es muy difícil encontrar una película en la que se plasme algún comentario acerca del uso de preservativos o el momento de ir a comprarlos o cuando y como hay que utilizarlos. Por lo tanto la información es doble y contradictoria: la publicidad advierte a los jóvenes de la necesidad de los preservativos pero después ¿Dónde están los modelos que lleven a la práctica su uso?

Es probable que todo ello haga que, aunque exista información y teóricamente piensen que sabrían utilizar medios anticonceptivos, a la hora de mantener relaciones no los conozcan realmente y no los hayan visto de cerca, con la misma naturalidad, el momento de enfrentarse a ir a una farmacia para la compra de preservativos o no sepan con exactitud cómo o cuando hay que utilizarlos, o lo que es aún peor, la actitud hacia los métodos de barrera no sea positiva ya que sus ídolos no parecen hacer uso de nada.

En esta línea podría interpretarse los datos de algunos estudios que encuentran que muchos jóvenes tiene un actitud negativa hacia los métodos anticonceptivos ya que piensan que podrían restarles placer a sus relaciones.

Por otro lado, para algunos chicos y chicas la idea de romanticismo y enamoramiento parece estar encontrada con el hecho de hablar entre ellos de métodos anticonceptivos, de prever relaciones o plantearse la compra de preservativos. La interpretación que hacen podría tener algo que ver con que el amor romántico quedaría roto y se convertiría en algo demasiado práctico si uno de ellos le planteara al otro miembro de la pareja estos temas antes de iniciar sus relaciones sexuales.

Así mismo la falta de habilidad social para hablar de temas vinculados con la sexualidad es uno de los motivos básicos que les lleva al embarazo no deseado.

La realidad parece demostrar que los jóvenes cuando comienzan a tener relaciones sexuales no utilizan métodos anticonceptivos, lo hacen cuando ya llevan bastante tiempo relacionándose y han vivido de cerca alguna experiencia negativa. Posteriormente una vez que ya ha ocurrido el embarazo las adolescentes suelen darse cuenta tarde ya que no conocen con exactitud las señales, asimismo una vez que sospechan tardan más en realizar las pruebas que les confirme su embarazo y por último una vez confirmado tienen gran dificultad en comunicárselo a sus familiares.

4.10 El aborto y sus complicaciones.

El aborto se define como la interrupción de un embarazo antes de las 22 semanas de gestación. Sin embargo, si tomamos en cuenta los aspectos psicológicos tales como las decisiones que tiene que ir tomando la mujer hasta llegar a esa simple definición, probablemente se pueda decir que en bastantes ocasiones suele ser una situación a la que la mujer llega después de sentir que su embarazo es el resultado de un fracaso.

Tal vez la palabra fracaso suene especialmente dura pero la realidad es que, en un sentido amplio, la persona no ha conseguido el fin que pretendía teniendo por tanto, que tomar una decisión cuanto menos adversa. El fracaso puede ser en distinto tipo. Se puede encontrar jóvenes que lleguen a abortar porque han quedado en cinta como consecuencia de una escasa o deficiente información acerca de métodos anticonceptivos, o de la falta de previsión y la inconsciencia en las primeras relaciones sexuales. En otras ocasiones se podría inferir que se han quedado embarazadas con cierto deseo inconsciente de estabilizar su relación de pareja por este medio y que luego han podido comprobar que no les había servido para tal fin, incluso se podría sospechar que algunas mujeres se han descuidado los medios para evitar el embarazo en

un intento oculto de conocer si serian o no fértiles. A veces, podría tratarse de un hijo deseado pero coincidente con un problema de pareja o un desengaño amoroso.

Kulczycki (2003), en sus estudios demográficos y urbanos redacta lo siguiente:

Hoy día el aborto constituye un mayor problema en México y esto no sólo es consecuencia del conflicto entre aquéllos grupos que pretenden determinar el curso de la política pública correspondiente. El problema se ha acentuado por que las necesidades de planificación familiar no han sido satisfechas, por el descuido de la salud reproductiva de las mujeres, también han contribuido la exposición de varios mitos sociales alrededor del aborto y la sexualidad, si bien el debate sobre el aborto está ahora más abierto todavía no está a discusión el acceso más amplio a su práctica. (p.381)

Sea cual sea el motivo o bien los motivos que lleven a una mujer a quedar embarazada sin un deseo claro y rotundo de ello, la realidad social es que hay mujeres que deciden interrumpir su embarazo y es una tarea difícil debido a la condición ilegal que mantiene en nuestro país así como el ocultamiento por parte de las chicas por miedo al “que dirán”

En la actualidad las prácticas abortivas más utilizadas son las siguientes:

1.-*EL LEGRADO*: Consiste en el uso de unas cucharas cuya misión es raspar lo que hay en el interior del útero previamente dilatado. En algunos casos en mujeres que no han tenido anteriormente hijos pudiera ser doloroso por lo que se aplica anestesia general en estas ocasiones.

2.-*LA SUCCION*: Se realiza a través de una cánula flexible conectada a un sistema de vacío que aspira todo lo que hay en el interior del útero. En este caso no es necesaria la dilatación previa del útero por lo que no suele hacerse uso de la anestesia general.

3.-*LA HISTERECTOMIA*: Se suele utilizar a partir del tercer mes y consiste en abrir el vientre y llegar al útero para sacar el feto. El riesgo y los efectos secundarios son los mismos que cuando se realiza una cesárea.

Existen otras técnicas abortivas pero son mucho menos utilizadas que las citadas anteriormente. Mencionamos el envenenamiento salino que consiste en introducir a través del vientre una aguja larga que llega hasta la bolsa amniótica para de esta forma aplicar una solución salina; otro método es suministrar a pacientes prostaglandinas para producirle como efecto contracciones del útero y por consiguiente la expulsión del feto, por último, la píldora conocida con el nombre de RU-486 que tiene dos formas de utilización, tomarla durante la segunda fase del ciclo menstrual a modo de anticonceptivo, o antes de las cinco semanas de embarazo como método abortivo. (Secretaría de Salud, 2002)

4.11 Métodos anticonceptivos.

El primer texto médico en el que se encuentran antecedentes históricos de los anticonceptivos fue descubierto en Egipto en el año 1850 antes de Cristo. En el se daban recetas tales como, lavados de la vagina con miel y bicarbonato después del acto sexual o la aplicación de una mezcla de excrementos de cocodrilo con una pasta especial que se insertaba en la vagina.

Sin embargo, el desarrollo de la anticoncepción con el fin de generalizar su uso entre la población ocurrió apenas en la segunda mitad del presente siglo, con la aparición de los métodos anticonceptivos modernos y promoción en varios países.

Según la Encuesta Nacional de la Juventud en el 2000 actualmente se calcula que en el mundo 50% de las parejas unidas utilizan algún método anticonceptivo. En México 45% de las parejas utilizan métodos modernos de planificación familiar y 8% emplean métodos tradicionales, el más popular de los cuales es la esterilización femenina.

Para Hayman (1995), definitivamente, los anticonceptivos vinieron a revolucionar en forma conceptual y práctica nuestro comportamiento sexual al incidir en los valores, las creencias, las pautas de conducta, las normas, la relación amorosa y la construcción social de los géneros.

Como su nombre lo indica, los métodos anticonceptivos evitan que el óvulo y el espermatozoide se unan, previniendo así que se lleve a cabo la fecundación.

De acuerdo con Tórtora (2000), los métodos anticonceptivos se clasifican en temporales y definitivos.

- a) Los métodos temporales son aquellos cuyo efecto dura el tiempo que se les está empleando, pero al suspender su uso la mujer puede embarazarse.

Entre ellos tenemos:

- El preservativo o condón
- El diafragma
- Los espermaticidas (espumas, jaleas, óvulos)
- El dispositivo intrauterino (DIU)
- Los hormonales (pastillas, inyecciones, implantes)

Dentro de esta la clasificación existen otros métodos conocidos como naturales o de abstinencia que son:

- El ritmo
- El método termométrico
- El moco cervical

- EL método ritmo calendario
 - La palpación del cuello uterino
 - EL coito interrumpido
- b) Los métodos definitivos son aquellos que después de practicados evitan permanentemente la concepción de un hijo; tales son los casos de:
- La vasectomía
 - La salpingoclasia

Métodos hormonales orales

La píldora

Es un anticonceptivo compuesto de una o varias sustancias que se administran por vía oral. Aunque su nombre correcto es anticonceptivo oral, comúnmente se le conoce como “la píldora”.

La mayoría de las píldoras están compuestas de estrógenos y progesteronas, hormonales que se encuentran normalmente en el organismo de las mujeres.

La píldora actúa en diferentes niveles y causa los siguientes efectos.

- a) Inhibe la maduración del óvulo,
- b) afecta el moco cervical,
- c) no permite la entrada del espermatozoide y
- d) reduce la receptividad del endometrio para anidar el embrión.

Existen diferentes tipos de anticonceptivos orales:

- 1) Anticonceptivos orales combinados,
- 2) anticonceptivos orales secuenciales,
- 3) anticonceptivos orales fasicos y
- 4) anticonceptivos progestagenos orales de dosis continuas.

Los reportes indican que de 100 mujeres que usan la píldora, aproximadamente dos tienen probabilidad de embarazarse durante el primer año de uso.

Anticoncepción hormonal de acción prolongada (inyectables, implantes)

Los hormonales de acción prolongada son anticonceptivos de larga duración con una mayor eficacia a largo plazo. La mayoría de estos métodos pueden administrarse en forma sencilla, son de alta aceptabilidad y continuidad.

Su aplicación es variable; va desde una administración mensual para ciertos inyectables hasta cinco o siete años de duración para algunos implantes.

Inyectables

La mayoría de los inyectables actúan inhibiendo la ovulación a nivel hipotálamico. Tiene efectos sobre la función tuburia, el endometrio y el moco cervical; la sustancia que los compone tiene una solubilidad muy baja y va gastándose muy lentamente a lo largo de un periodo de varios meses.

La inyección debe aplicarse durante los primeros cinco días después de haber comenzado la menstruación. Su aplicación es intramuscular profunda en la nalga; no debe masajearse el sitio donde se aplique. La siguiente inyección debe aplicarse después de uno, dos o tres meses; según sea el tipo de inyectable.

Se dice que de 100 mujeres que utilizan los inyectables, solo se embaraza 0.5% de los casos.

Implantes

Es un método de la década de los noventa; consiste en seis pequeñas cápsulas silásticas que se insertan en la parte alta del brazo o el antebrazo con anestesia local.

La función del implante se da mediante la liberación lenta y constantemente de una sustancia llamada progestina que suprime la ovulación, espesa el moco cervical para bloquear a los espermatozoides y puede adelgazar la capa del endometrio. La acción de este tipo de implantes es totalmente reversible y la fertilidad retorna cuando se retira el implante. Su duración es de aproximadamente 5 años.

Para cada 100 mujeres que los utilizan, una se puede embarazar, o sea que tiene una efectividad de 99 por ciento.

La píldora de la mañana siguiente (anticoncepción poscoital)

Es un método que se emplea inmediatamente después de un contacto sexual inesperado en el cual no se hayan usado anticonceptivos y se quiere evitar el embarazo.

Este método sólo está indicado para evitar un embarazo a continuación de un contacto sexual único inesperado y/ o sin protección. Es útil ante una emergencia. Es considerado para una sola vez y no debe utilizarse como procedimiento de rutina.

Se dice que de 100 mujeres que utilizan este método en un año, dos se embarazan, es decir, tiene 98% de eficacia y no afecta la fecundidad en el futuro.

Dispositivo intrauterino

El DIU es un objeto de material sintético (plástico) al que puede adicionársele otras sustancias que potencian su efecto.

Al DIU que no tiene ningún material complementario se le llama inerte o dispositivo de primera generación y aquellos que tienen cobre u hormonas se les llama bioactivos o de segunda generación.

El mecanismo de acción de los dispositivos no se tiene completamente claro y se continúan los estudios para conocerlos a fondo; sin embargo, se piensa que sus mecanismos de acción son los siguientes:

- No permite la migración del espermatozoide en el útero.
- No permite la fecundación.
- No permite el transporte del huevo; con lo que se previene la implantación.

Este método debe ser colocado por un médico capacitado en su inserción. El DIU se coloca dentro del útero utilizando un aplicador especial y una técnica aséptica.

Métodos de barrera

Se consideran métodos de barrera el condón, los espermaticidas, el diafragma, las esponjas vaginales y el condón vaginal.

El condón o preservativo

El condón es una cubierta en forma de saco elástico de látex que se fabrica en varias formas y colores, es cilíndrico, cerrado en un extremo y abierto en el otro, con bordes redondeados. Los condones se envasan sobre los bordes abiertos, a veces lubricados y por lo general herméticamente sellados en bolsas de plástico.

Al envolver el pene retiene todo el líquido seminal eyaculado evitando que llegue a ponerse en contacto con la vagina con lo que se impide la fecundación.

Espermaticidas

Son sustancias químicas que se colocan dentro de la vagina antes del coito. Existen numerosas presentaciones; como espumas, tabletas vaginales, jaleas,

cremas, óvulos y esponjas vaginales. Actúan paralizando la función de los espermatozoides.

Métodos de abstinencia

Los métodos de abstinencia periódica están basados en el ciclo ovárico y en la vida del óvulo y del espermatozoide; tienen como principio restringir la actividad sexual durante el periodo fértil de la mujer, reduciendo así la posibilidad de la concepción. Comúnmente a este tipo de método le llamamos “método del ritmo”.

Existen variantes de este método; las más comunes son: método de la temperatura basal del cuerpo, método del moco cervical, método del síntoma térmico, método de palpación del cuello uterino, método del calendario.

Método termométrico o de la temperatura basal

La mujer debe registrar su temperatura para identificar el momento de la ovulación y por lo tanto no tener contacto sexual en la primera mitad del ciclo, es decir, entre la menstruación y la ovulación.

Método del moco cervical o Billings

Esta basado en la observación de los cambios que tiene el moco del cuello uterino con el fin de identificar la fase fértil del ciclo.

Método del síntoma térmico

Es una combinación del método térmico y del moco cervical. Esto permite la identificación del periodo fértil.

Método de la palpación del cuello uterino

Consiste en tocar el cervix introduciendo los dedos dentro de la vagina con el propósito de percibir la consistencia del mismo

Método del ritmo o del calendario

Este método trata de investigar cuales son los días fértiles de la mujer; por lo tanto, el día de la ovulación.

Coitus interruptus

Es un método sencillo. Consiste en la interrupción del contacto sexual antes de que el espermatozoide se pueda depositar dentro de la vagina.

Métodos quirúrgicos (esterilización masculina y femenina)

La esterilización es el método más eficaz que existe se realiza una sola vez, es relativamente fácil de llevar a cabo, no requiere el uso constante de algún otro método ni control.

Esterilización masculina (Vasectomía)

La esterilización masculina o vasectomía es una operación que interrumpe el conducto deferente en su recorrido a través de la porción escrotal. Se hace bajo anestesia local, es una técnica fácil que dura alrededor de 20 minutos.

Esterilización femenina (Salpingoclasia)

Es una técnica que se logra mediante la oclusión de las trompas uterinas, lo cual impide el paso de los óvulos. Esta intervención quirúrgica requiere hospitalización, no afecta la vida sexual de la mujer y es recomendable cuando esta tiene los hijos que desea y está segura de no querer otro niño más.

Aún con toda esta información no basta, ni el aprendizaje teórico del uso de los anticonceptivos, ya que su difusión debe darse con técnicas grupales vivenciales, la mayoría de los adolescentes cuando inician la actividad sexual carecen del conocimiento preciso acerca de la sexualidad y anticoncepción y no tienen un acceso real a los servicios de salud reproductiva, lo que la hace una población particularmente susceptible a los embarazos no deseados y a las ETS.

De acuerdo con Aguilar y Mayen (1996), los métodos anticonceptivos más usados y los cuáles están divididos en métodos para hombres, métodos que requieren la participación de la pareja y métodos para mujeres se encuentran en el cuadro 1 de la pág. 175.

4.12 La orientación sexual.

La identidad de género (es decir, el sentirse hombre o mujer) no es lo mismo que la orientación sexual (Reinisch y Beasley, 1992). La orientación sexual se refiere a sentirse enamorado y eróticamente atraído por personas del sexo opuesto (heterosexualidad), por personas del mismo sexo (homosexualidad) o gustar de ambos sexos (bisexualidad). La orientación sexual no es objeto de decisión consciente ni elección voluntaria.

Kinsey (Katchadourian, 1979), desarrollo la “Escala Kinsey”, la cual admite por primera vez que muchas personas no son heterosexuales, en el sentido estricto, ni tampoco homosexuales, si no que se encuentran entre un punto intermedio entre las dos categorías; a partir de los resultados que informó Kinsey se amplió la comprensión de la orientación sexual como algo que se basa en otros factores y no solo simplemente el comportamiento. Entre dichos factores figuran la edad y situación, las fantasías y el afecto.

Hemos empleado las palabras “orientación sexual” y no “preferencia sexual”. Ya que la palabra “preferencia” involucra elegir y el significado de “elegir” es poco comprendido en general. Las elecciones relacionadas con el comportamiento sexual son complejas; no podemos elegir nuestros sentimientos ni atracciones sexuales, pero sí podemos elegir cómo vamos a actuar con respecto a dichos sentimientos y atracciones.

Si bien no podemos elegir nuestros sentimientos sexuales, el proceso mediante el cual aprendemos acerca de nuestros sentimientos, -ya sean homosexuales, heterosexuales o bisexuales- es el mismo. La distinción entre los tres es el objeto del sentimiento.

Es importante aclarar que la homosexualidad no es un trastorno mental ni una enfermedad. De hecho, es un fenómeno que ha existido a lo largo de la historia de la humanidad y que también se presenta en otros animales.

4.12.1 La homosexualidad en la adolescencia

En el pasado los clínicos consideraban que la homosexualidad era una anomalía (desviación). Muchos trataron a través de tratamientos de corregir el “problema”, a veces con medidas extremas como el choque eléctrico y la terapia de aversión (tratamiento que aún se emplea).

Las investigaciones sobre las causas de homosexualidad, sin embargo, no respaldan el criterio de que se trata de una enfermedad, ni de que es causada por modelos familiares específicos. La teoría desgastada de que la homosexualidad masculina se genera en familias, con madres frías e intrusivas y padres distantes, es poco aceptada en la actualidad. Muchos estudios han documentado que las personas homosexuales experimentan los mismos problemas de salud y enfermedades mentales y estilos familiares que los que se encuentran en las personas heterosexuales, lo que es sorprendente, considerando el estigma y la discriminación que deben enfrentar las personas homosexuales.

De acuerdo con Castañeda (1999), los jóvenes que tiene una orientación sexual homosexual presentan en la gran mayoría de los casos; algunas de las situaciones y sentimientos aquí mencionados:

Aislamiento creciente

¿Qué sucede con el desarrollo psicosocial cuando un adolescente empieza a descubrir sentimientos y atracciones hacía el mismo sexo? Para la mayoría, la experiencia más profunda de todas es la de sentirse aislado. “Seguramente soy la única persona así”.

Distancia emocional

Como respuesta, conociendo la aversión que la cultura contemporánea manifiesta hacia la homosexualidad, dichos jóvenes empiezan a distanciarse emocionalmente de otras personas. No quieren que nadie sepa lo que sienten y por eso se aíslan de los demás. ¿Y quiénes son los demás? En general las personas y las instituciones que antes eran muy importantes: los miembros de la familia, los amigos y la comunidad religiosa.

El conflicto por la discrepancia entre el verdadero ser y los estereotipos culturales

Muchos jóvenes no conocen personas homosexuales, lesbianas o bisexuales sanas, en la mayoría de los casos, sólo tienen acceso a los estereotipos que la sociedad difunde (afeminados, solteronas, drogadictos, enfermos de SIDA, viejos obscenos, etc.). A menudo, dicha discrepancia hace que sea muy difícil a los adolescentes entender sus propios sentimientos “porque yo no soy así”.

Sentimientos de que no vale nada

Muchas personas rechazan y minimizan los sentimientos de los jóvenes, por lo cual, estos concluyen que debido a sus sentimientos homosexuales son inferiores y no valen nada.

La expectativa del rechazo

Nuevamente los homosexuales tal vez deseen contarle a alguien, romper su aislamiento, pero temen –a menudo con motivos bien fundados- que el hacerlo invitaría el rechazo y con frecuencia la violencia.

La búsqueda de la aceptación basada en mentiras

Estos jóvenes suelen estar dolorosamente conscientes de que la fórmula para mantener la aceptación por parte de los compañeros y los adultos es el

engaño, mentirles acerca de todo lo que piensan y sienten, fingir que piensan y sienten como todos los demás. Nada de lo que hacen puede ser espontáneo. Aun cuando parezcan comportarse espontáneamente, se están vigilando para que los demás no descubran sus sentimientos secretos.

Ser objeto de abusos homofóbicos

En general a los jóvenes cuyo comportamiento o estilo no se adecua a las definiciones culturales de lo que se constituye masculinidad o feminidad se les tilda de homosexuales, lo sean o no. Tanto los que asumen la homosexualidad como los que no; logran permanecer ocultos, a menudo son objetos de burlas, son atacados, y/o son expulsados del hogar y de la comunidad.

La experimentación sexual en entornos riesgosos

La experiencia sexual tiende a desarrollarse en forma diferente entre los varones y las mujeres jóvenes, si bien ambos se encuentran bajo la presión de tener relaciones sexuales heterosexuales para probar que no son homosexuales o lesbianas.

En general, las primeras relaciones sexuales con personas del mismo sexo en muchachos homosexuales tienden a ser despersonalizadas, con personas que no conocen ni desean conocer. Estas experiencias tienden a suceder en situaciones que son peligrosas, degradantes y abrumadoras. El joven tal vez no tenga idea con quien está ni si la persona puede tener una infección sexualmente transmisible.

En la mayoría de los casos, las jóvenes lesbianas tienden a tener una serie de lazos emocionales intensos con otras adolescentes. Aquellas que tienen experiencias sexuales tienden a tener parejas que son de más edad que ellas.

El proceso de asumir la homosexualidad. Reelaboración del desarrollo psicosocial adolescente

Para el adolescente homosexual el proceso de crecer en una cultura homofóbica ejerce el efecto de impedir su desarrollo psicosocial durante la juventud. Los homosexuales, las lesbianas y los bisexuales jóvenes a menudo pasan por su adolescencia sintiéndose aislados y distanciados, no pueden aprender “quien soy” en un contexto social, ni aclarar sus valores a través de la interacción social.

Tampoco pueden tener la vivencia de las relaciones emocionales y sexuales con intimidad, ni pueden desarrollar independencia física y emocional. Para muchas personas, el proceso de asumir su homosexualidad, se convierte en un período de insertarse en el contexto social, emocional y físico necesario para pasar efectivamente por las etapas del desarrollo psicosocial adolescente.

Sí hemos de evitar que la juventud homosexual siga marginada, susceptible a la degradación, la depresión, el suicidio, las enfermedades venéreas y la transmisión de la infección por el VIH, debemos ser relevantes en la vida de estos adolescentes. Esto solo puede suceder si abordamos, en todos, nuestro esfuerzo de prevención, la sexualidad adolescente, el lugar que ocupa la homosexualidad en el desarrollo sexual, y los efectos devastadores de la homofobia en el crecimiento psicosocial de los adolescentes homosexuales.

4.13 Autoerotismo.

La masturbación es para muchas personas la primera actividad sexual. Con ella se descubren sentimientos eróticos y se aprende a no avergonzarse de ellos ni de los genitales.

Para Ramos (2002), la masturbación es la estimulación de los genitales tanto femeninos como masculinos con la intención de obtener placer sexual pudiendo llegar o no al orgasmo además de que evita los embarazos no deseados y el contagio de enfermedades de transmisión sexual, la masturbación es la práctica sexual más segura. No existe ninguna evidencia científica ni médica de que la masturbación manual dañe la salud física o

mental: ni hace crecer pelos en la palma de la mano, ni encoge los genitales ni afecta al crecimiento (como pensaban generaciones anteriores).

Sin embargo, las personas pueden experimentar sensaciones de culpa durante la masturbación o después de la misma.

La masturbación es la primera forma de expresión que tiene la sexualidad humana, es la forma en la que el individuo se identifica como ser sexual que es, aprendiendo por sí solo a calmar sus tensiones sexuales y las de otro tipo mediante el orgasmo que produce la masturbación. Eso le sirve para crear una esfera de privacidad en la que puede refugiarse cada vez que lo necesita.

Llegada la adolescencia, el interés por el otro sexo (o por el mismo en el caso de homosexualidad) se hace más pujante y la capacidad fantaseadora se enriquece. Es el momento en el que los sujetos aprenden a proyectar sus fantasías sexuales en otros y comienzan a desear hacer partícipes de su sexualidad a los demás (sus parejas).

La masturbación, hoy día, es considerada como un elemento importante en el aprendizaje sexual, antes se consideraba la masturbación como una práctica enteramente masculina, pero es evidente que la mujer también la ha utilizado, que la masturbación nos avergüence es lo que debería avergonzarnos, masturbarse es liberador, divertido y sano; tiene la bendición de la Organización Mundial de la Salud y los terapeutas sexuales recomiendan su práctica. La autosatisfacción debería ser algo comúnmente aceptado y enseñado. Nuestra mente es nuestro mejor afrodisíaco. Es evidente que cada persona es responsable y autónoma para tomar las decisiones que estime pertinentes respecto a su vida sexual, eso sí, respetando a los demás.

La masturbación y las relaciones sexuales son complementarias, satisfacen necesidades diferentes. Las relaciones sexuales satisfacen esa parte de la sexualidad individual que se desea compartir con los demás y la masturbación constituye el refugio que permite satisfacer otras necesidades de intimidad que cada cual se reserva para sí.

4.14 Autoconcepto y autoestima

El autoconcepto y la autoestima resultan fundamentales para favorecer el buen desarrollo de la sexualidad; Influidos así en áreas de suma importancia para el desarrollo humano tal como lo es la relación de pareja y las expectativas futuras.

Autoconcepto.

Vanegas (2000) refiere lo siguiente: El autoconcepto y la autoestima juegan un importante papel en la vida de las personas. Los éxitos y los fracasos. Tener un autoconcepto y una autoestima positivos es de la mayor importancia para la vida personal, profesional y social. El autoconcepto favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde el que interpretar la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento, condiciona las expectativas, la motivación, contribuye a la salud y al equilibrio psíquico.

De acuerdo con Braden (1998), tener una autoestima elevada no implica que la persona sea buena para todo ni que todo le salga bien; significa solo que tiene confianza y seguridad en su propia capacidad para enfrentar la vida y resolver problemas; que se acepta a si misma y se aprueba; que sabe que si falla una vez tiene la fuerza para volver a intentarlo.

Cuando una persona se considera capaz y con la fuerza y habilidades suficientes para resolver un problema, vive con la sensación de tener mayor control sobre la propia vida, por lo tanto, más seguridad. Si esto no ocurre, los acontecimientos se viven como lo hace un espectador, con una actitud de pasividad o, se es víctima de los hechos, sin que la persona pueda hacer nada frente a ellos. Por lo anterior resulta imprescindible fomentar la autoestima con la finalidad de que los adolescentes sean capaces de asumir su sexualidad con pleno goce y responsabilidad.

La imagen corporal en la adolescencia centra su problemática en estos factores.

- La apariencia física: el apartarse de la norma de belleza resultará perturbador. Y acercarse a ella está asociado con mayor popularidad, mayor seguridad en sí mismo, autoconfianza:
- Los problemas planteados por el nuevo cuerpo funcional (erecciones, regla).
- Imagen corporal, identidad, autoestima.

La satisfacción con la imagen corporal va a ser un determinante del lucimiento de la potencia y habilidad de su cuerpo y la predisposición a trabajarlo.

En la medida en que se esté satisfecho con el propio cuerpo y se cuide del mismo, se logrará despertar sentimientos de agrado y de aprecio en los demás. Es importante tener una valoración que no gire alrededor de la belleza física, ya que la imagen que se proyecta a los demás está determinada por el nivel de aceptación de sí mismo.

4.15 Asertividad.

Se entiende por asertividad a la capacidad que tiene cada persona de asegurar con firmeza y decisión cuanto dice y hace. Por ello podemos equiparar asertividad a seguridad en sí mismo, a autoafirmación.

Pick (1982), define a una persona asertiva de la siguiente manera:

Una persona asertiva ve y acepta la realidad, actúa y habla con base en hechos concretos y objetivos; toma decisiones por voluntad propia; acepta sus errores y sus aciertos, utiliza sus capacidades personales con gusto y no siente vergüenza al utilizarlas, es autoafirmativo, siendo al mismo tiempo gentil y considerado, no es agresivo, está dispuesto a

dirigir así como a dejar que otros dirijan; puede desarrollarse y tener éxito sin resentimiento; permite que otros maduren, se desarrollen y tengan éxito. (Pág., 236)

También podríamos decir que la asertividad bien entendida deja en el sujeto una vivencia interior de satisfacción y realización personal. De aquí que el afirmarse implica un buen autotratamiento del sujeto, es decir, un uso de los propios recursos eficiente y eficaz. Eficaz para cumplir con objetivos, afrontar situaciones, tomar decisiones y resolver los imprevistos, y eficiente en el sentido de que al hacerlo se hace en forma armoniosa y respetando los propios tiempos y expresando una conducta tolerante, comprensiva y moral.

Así es que al hablar de asertividad desde este lugar implica dejar afuera la agresividad, la ira, la violencia y la pasividad que son las grandes distorsiones y bloqueadores de la capacidad asertiva.

La asertividad suele estar asociada a derechos humanos básicos:

Ser escuchado, cambiar de opinión, poder elegir, cometer errores, pedir lo que se desee, la posibilidad de decir no.

Cuando vayamos a decir que “No” a alguien, debemos ser capaces de defender nuestros propios derechos al mismo tiempo que respetar que los demás puedan tener opiniones distintas de las nuestras. Para aprender a decir NO es necesario aprender primero a comportarse asertivamente.

La asertividad según Castañer (Vanegas 2000), es un comportamiento verbal (lo que se dice) y no verbal (como se dice), que defiende nuestros derechos personales al mismo tiempo que se respetan los derechos de los demás.

La asertividad es tener la habilidad de transmitir y recibir mensajes, sentimientos, creencias u opiniones de manera honesta, oportuna y respetuosa; de manera constructiva y funcional. De acuerdo con Aguilar Gil (1987), los componentes de la asertividad son:

- Respeto a uno mismo
- Respeto a los demás
- Ser directo
- Ser honesto
- Ser apto
- Tener control emocional
- Saber decir las cosas
- Saber escuchar
- Ser positivo
- Utilizar adecuada y congruentemente el lenguaje no verbal

Se podría decir que esto implica que exista congruencia entre lo que se siente, lo que se piensa y lo que se hace.

Ser asertivo no equivale a ser agresivo ni a ceder para complacer a los demás. No se trata de imponer el punto de vista propio ni de atacar antes de ser agredido ni tampoco de aniquilarse por el “bienestar” de los demás.

4.16 Relación de pareja.

¿Qué es una pareja? Para Acuña (Vanegas, 2000), es la conformada por dos personas que tienen un continuo en las expresiones sexo, amistad, pasión e intimidad. Una pareja no sólo es la suma de dos personas, se refiere también a la dinámica de cómo establecen el vínculo: dependencias, roles, integración de las familias de origen, valores y vivencias sexuales.

Durante la adolescencia el enamoramiento tiene características peculiares debido a los cambios biológicos y psicosociales que se experimentan en esta etapa. Por un lado, están la aparición de la pubertad, los cambios hormonales y la activación de la libido; mientras que por el otro, están el deseo de autonomía, la construcción de identidad, la necesidad de aceptación y el sentido de pertenencia.

La mejor manera de evitar que un adolescente asuma una conducta de riesgo es dialogando con él sobre temas importantes para su desarrollo, como el enamoramiento, los valores, el sexo, las drogas, la violencia, etc.

Las tres razones básicas para Sierra (citado en Vanegas, 2000), son: necesidad de compañía, gratificación sexual y estabilidad emocional, claro está que hay otras circunstancias tan fuertes como el amor que mantienen unida una pareja, tales como las necesidades económicas, los miedos y las dependencias.

Álvarez y Millán (2004), mencionan que existen siete aspectos de suma importancia en la relación de pareja para que sus miembros se sientan a gusto:

- 1) Atracción física. Esta atracción no se basa en estereotipos de belleza (que la mayoría no cumplimos) sino en todo lo que nos gusta de la otra persona y nos hace querer estar cerca de ella.
- 2) Atracción intelectual. Significa que los integrantes de la pareja se conocen y comparten inquietudes, actividades e interés.
- 3) Atracción afectiva o emocional. Conocida más como el amor; es el sentimiento de que la otra persona nos importa.
- 4) Comunicación. Que es más que solo hablar por hablar; implica comunicar sentimientos y pensamientos; poder pedir lo que necesitamos de manera respetuosa. Entender y hacernos entender.
- 5) Empatía. Significa ponerse en el lugar del otro. Esto implica esforzarnos por entender lo que la otra persona siente o necesita.
- 6) Respeto. Implica reconocer que la otra persona es diferente y tiene derecho a pensar y actuar a su propio modo. Una pareja no son dos personas que se convierten en una. Cuando respetamos a una persona, la aceptamos como es y como quiere ser. Es importante darnos cuenta de que como individuos distintos podemos tener diferentes aspiraciones, opiniones y deseos; por lo tanto cualquiera de los dos puede negarse a algún deseo de otro.
- 7) Actualización. Se trata de hablar, de vez en cuando, de cómo nos sentimos en la relación de pareja (de cómo me siento contigo y tu

conmigo) y de las cosas que podríamos hacer para sentirnos mejor y seguir creciendo juntos.

4.17 Expectativas futuras y su relación con la sexualidad.

El buen ejercicio de la sexualidad durante la adolescencia resulta fundamental para lograr el cumplimiento de las expectativas forjadas en esta etapa.

Un embarazo prematuro no solo entraña riesgos importantes en su vida, su salud y en la de su hijo, además interfiere en su propio desarrollo intelectual, emocional y social, ya que al enfrentarse como madre adolescente a la vida trae consigo grandes desventajas tales como abandono escolar prematuro, inestabilidad económica, ya que no se consigue un buen empleo por el nivel de estudios alcanzados, la baja autoestima es otra constante en las madres adolescentes pues el hecho de haber tenido un bebé modifica diversos aspectos tales como el corporal, el social y el familiar, con el grupo de pares la relación también sufre modificaciones ya que las actividades dejan de ser las mismas y las responsabilidades son mayores.

Por otro lado la adquisición de una enfermedad de transmisión sexual también conlleva un gran impacto en la vida del adolescente ya que se puede poner en riesgo su salud reproductiva, su relación de pareja e incluso hasta su vida dependiendo de la gravedad de la ETS.

Por lo anterior el recibir educación sexual antes y durante la adolescencia es fundamental pues el éxito de sus expectativas futuras dependerá directamente de las acciones realizadas durante esta etapa. Es importante recordar que en la gran mayoría de los casos la información objetiva y veraz repercutirá en las acciones.

4.18 Organizaciones y centro de ayuda

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM)

En una investigación realizada por González Montes (1999), sobre las ONG nos proporciona la siguiente información:

Esta organización tiene sus antecedentes en la Fundación para estudios de Población (FEPAC) creada en 1965 y desde 1983 adoptó el nombre de Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM).

Una vez que las instituciones públicas de salud se hicieron cargo de la planificación familiar, MEXFAM adoptó la estrategia de llegar a las zonas donde los servicios gubernamentales son nulos o escasos, razón por la cual empezó a cerrar la mayor parte de sus clínicas en el Distrito Federal.

Por 1982 se renovó el equipo de esta ONG, que comenzó a proporcionar otros servicios, como la educación sexual dirigida a los jóvenes, adolescentes y los chavos banda, en escuelas, centros de trabajo y zonas marginadas. En esta nueva etapa se hizo evidente la necesidad de contar con recursos propios pues las financiadoras internacionales amenazaban con reducir presupuestos.

Esta organización se ha dedicado a difundir en la población la nueva cultura de la salud sexual, entendiendo por esta capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, que no incluye como elemento indispensable la procreación, porque en esencia, la sexualidad se desarrolla en la comunicación, en la convivencia y en el amor entre las personas.

Es decir, MEXFAM concibe el trabajo sobre la sexualidad de forma integral, pues toma en cuenta la visión médico-biológica e incluye elementos psicológicos, psicoanalíticos y sociales. Y por otra parte hay que señalar que a lo largo de su trayectoria MEXFAM ha hecho un esfuerzo por reconceptualizar la sexualidad cuando las definiciones previas resultaron insuficientes.

Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES)

La AMES se fundó en 1972 con tres profesionistas que habían viajado por Europa y Latinoamérica. Los tres coincidían en que era necesario el trabajo en torno a la sexualidad humana en nuestro país para lograr el disfrute de una sexualidad más plena, con responsabilidad reproductiva por ambos sexos e igualdad de papeles sexuales y patrones de conducta para varones y mujeres.

AMES ha contribuido a generar en el país mayor apertura hacia el estudio de la sexualidad, ha mejorado el conocimiento de los fenómenos que intervienen en ella, y ha realizado un importante aporte teórico en áreas como la biología, la sexología, los estudios de género y el feminismo, todo lo cual le ha dado la posibilidad de consolidar el trabajo en este sentido.

Al mismo tiempo, han surgido fuerzas que se oponen al trabajo en el terreno de la sexualidad, lo que implica un retroceso significativo en este sentido, ya que estos grupos actúan con más recursos y tienen mayor peso político que las ONG que trabajan sobre la sexualidad.

Corona (González, 1999), fundadora y directora de la AMES, refiere que a lo largo de las últimas décadas la Iglesia católica ha ganado peso e influencia política y en la actualidad constituye una oposición real a la educación sexual progresista.

La AMES proporciona exclusivamente educación sexual; es decir, no brinda servicios de anticoncepción. La demanda de éstos es encauzada a MEXFAM o a la Secretaría de Salud. Su trabajo está dirigido a todos los sectores de la población: niños, adolescentes, adultos y ancianos de ambos sexos.

Centro de Orientación para Adolescentes (CORA)

Esta institución, pionera en su género en América Latina, surgió en 1978 a partir de visitas realizadas por sus organizadores a programas para adolescentes en Estados Unidos, especialmente a The Door, localizado en

Nueva York. A partir de este contacto se elaboró el proyecto de multiservicios del CORA, con el apoyo de los directores del centro y de la presidenta de la American Association of Sex Educators, Counselors and Therapists.

El CORA se creó con el objetivo principal de establecer en México un sistema de orientación, enseñanza y estudios que promoviese el desarrollo integral de los adolescentes, proporcionándoles apoyo médico, psicológico y social. En este proyecto se dio particular importancia a la formación de animadores juveniles con el propósito de motivar e informar a otros adolescentes en materias sexuales mediante actividades recreativas y artísticas.

CAPITULO V

MÉTODO

5.1. Pregunta de Investigación

¿El taller de sexualidad es un facilitador para el cambio de la actitud hacia la sexualidad?

5.2. Tipo de Estudio

El estudio empleado para realizar nuestra investigación es mixto, ya que utilizamos el método cuantitativo para analizar los datos obtenidos en la escala tipo Likert y en base a los resultados comprobamos la hipótesis de investigación. El pretest y postest son equivalentes, se empleo una escala tipo Likert porque es la más recomendada para medir actitudes.

El método cualitativo nos permitió describir lo acontecido en el Curso Taller de Sexualidad.

5.3. Diseño de investigación

Se utilizó la investigación evaluativa de acuerdo con Sampieri (1991) pues ésta va encaminada a determinar si un programa ha logrado los objetivos esperados; en nuestro caso el Curso Taller busca la mejora de actitudes hacia la sexualidad en adolescentes.

5.4. Variables

Variable dependiente: Actitudes

No se manipula, sino que se mide para ver el efecto que la manipulación de la variable independiente tiene en ella.

Variable independiente: Curso taller de sexualidad.

Es la que se considera como supuesta causa en una relación entre variables, es la condición antecedente y al efecto provocado por dicha causa se le denomina variable dependiente (Sampieri, 1991).

5.5. Hipótesis

La hipótesis para la comparación de los resultados antes y después de la intervención para cada uno de los grupos es:

Hipótesis de investigación (H_{inv}): La actitud favorable antes del curso es menor que la actitud favorable después del curso en el grupo experimental.

Hipótesis Nula (H_0): La actitud favorable después del curso es menor que la actitud favorable antes del curso en el grupo experimental.

La hipótesis para la comparación de las puntuaciones en el posttest del grupo experimental y control es:

Hipótesis de investigación (H_{inv}): El promedio de las puntuaciones que obtendrá el grupo experimental en el posttest después de tomar el curso taller de sexualidad es mayor que el promedio de las puntuaciones que obtendrá el grupo control en el posttest.

Hipótesis Nula (H_0): El promedio de las puntuaciones que obtendrá el grupo experimental en el posttest después de tomar el curso taller de sexualidad es menor que el promedio de las puntuaciones que obtendrá el grupo control en el posttest.

5.6. Sujetos

Para la aplicación del curso taller se tuvo una muestra probabilística por conglomerados, ya que se trabajó con grupos ya establecidos de 1er año de educación media superior turno vespertino con alumnos hombres y mujeres de entre 15 y 20 años; de estos grupos se eligió de manera aleatorio simple al grupo control con 26 sujetos y al experimental con 26 sujetos teniendo una muestra total de 52. (Sampieri, 1991)

5.7. Instrumentos

Se diseñaron los siguientes instrumentos:

- Instrumento de diagnóstico (Anexo 1)

Se diseñó un cuestionario mixto con el fin de conocer los temas de interés acerca de la sexualidad que presentan los adolescentes entre 15 y 20 años, éste abarca el área de conocimientos personales, escolares, sociales y familiares con respecto a su educación sexual.

-Instrumento pre y postest (Anexo 2 y 3)

La validación del instrumento fue por jueces. Se entregó una escala con 78 afirmaciones que abarcan 9 áreas relacionadas con la sexualidad (Educación Sexual, Aborto, Pareja, Métodos Anticonceptivos, Género, Homosexualidad, Enfermedades de Transmisión Sexual, Masturbación y Drogas y Alcohol) a 6 profesores de la Universidad Pedagógica Nacional; se descartaron 30 afirmaciones; 16 porque no median actitudes y las otras para que las afirmaciones de cada área fueran las mismas, se reformularon 8 debido a que no eran afirmaciones, dando como resultado una escala tipo Likert compuesta por 45 afirmaciones (5 por área)

El objetivo de este instrumento es medir la actitud que tienen los adolescentes antes y después del Curso Taller de Sexualidad.

Por ser aditiva la evaluación de la escala se obtuvo sumando los valores alcanzados respecto a cada frase.

-Curso Taller de Sexualidad (cuadro 2 pág. 183)

Se elaboró el programa del Curso Taller de Sexualidad tomando en cuenta las respuestas del diagnóstico que fue aplicado a adolescentes de entre 15 y 20 años; las cuales nos muestran sus intereses y dudas.

El curso tuvo 13 sesiones de 2 horas cada una y una de una hora haciendo un total de 25 horas. Cada sesión tiene actividades relacionadas con el tema en donde los adolescentes podrán interactuar entre ellos mismos y con las coordinadoras del Curso Taller.

Cada sesión (excepto la 1, 11, 12 y 13) fue evaluada mediante una dinámica llamada “yo soy” cuyo objetivo es evaluar en situación de juego los conocimientos que se adquirieron en la sesión y si estos son realmente los que se pretendían alcanzar.

5.8. Procedimiento

El procedimiento de esta investigación consta de las siguientes etapas:

Etapas 1: Se aplicó el cuestionario de diagnóstico a 50 adolescentes entre 15 y 20 años, dentro del turno y la escuela en donde se impartió el taller.

Etapas 2: Se evaluó el cuestionario de diagnóstico.

Etapas 3: Con los resultados obtenidos en el diagnóstico se diseñó el programa del Curso Taller de Sexualidad.

Etapa 4: Se aplicó el pretest al grupo control y al grupo experimental. Se llevó a cabo la evaluación del pretest.

Etapa 5: Se aplicó el Curso Taller de Sexualidad al grupo seleccionado como grupo experimental, al grupo control no se le impartió el Curso Taller.

Etapa 6: Se aplicó del postest al grupo experimental y grupo control. Se evaluaron los postests de cada grupo.

Etapa 7: Se hizo el análisis de resultados.

5.9. Escenario

Escuela pública de nivel medio superior ubicada al sur del Distrito Federal. El curso taller se impartió dentro del salón de clases de los participantes.

CAPITULO VI

ANALISIS DE RESULTADOS

-Método Cuantitativo

Se interpretaron las medidas de tendencia central y de la variabilidad en conjunto para cada uno de los grupos (experimental y control). Se tomaron en cuenta la Variable, Moda, Mediana, Media (\bar{X}), Desviación estándar, Puntuación más alta observada (máximo), Puntuación más baja observada (mínima) y Rango.

Se tomó en cuenta el rango potencial de la escala (1 a 5) a partir de los resultados se realizó la interpretación descriptiva.

Para hacer la comparación de las puntuaciones obtenidas en el pretest y postest de cada uno de los grupos (Grupo control y experimental) utilizamos el estadístico para la comparación de dos muestras pareadas de la siguiente forma:

Deseamos saber si el programa del curso taller mejora las actitudes hacia la sexualidad, por lo que aplicamos un pretest en un grupo control y uno experimental y se obtuvieron las puntuaciones. Después de aplicar el Curso Taller de Sexualidad se aplicó un postest en el grupo control y experimental y se obtuvieron las puntuaciones para el postest.

Obtuvimos así “puntuaciones antes del curso” y una muestra “después del curso” para cada grupo; cuyos elementos están relacionados entre si.

Tenemos una variable continua, la actitud, que se distribuye normalmente y dos poblaciones, la constituida por las puntuaciones antes del curso y las puntuaciones después del curso. De estas poblaciones tenemos dos muestras

pareadas. La hipótesis de investigación es que la actitud favorable antes del curso (μ_1) es menos favorable que la actitud después del curso (μ_2):

$$H_{inv}: \mu_1 < \mu_2$$

Como las muestras son pareadas enfocaremos el problema con respecto a la diferencia de puntuaciones. Veremos si aumentó la actitud favorable después del curso taller.

Los resultados se vaciaron en una tabla como la siguiente:

Sujeto	Puntuación de pretest	Puntuación de postest	Diferencia de puntuaciones entre pretest y postest.
1	A	B	B - A

Obtuvimos una nueva variable, que es la diferencia de puntuaciones que también se distribuye normalmente, y por lo tanto se obtuvo una nueva población, la de las diferencias de “antes del curso” menos “después del curso” (μ_d). Entonces la hipótesis de investigación se tradujo a los siguientes términos: el promedio del aumento de la actitud favorable (μ_d) es mayor que cero:

$$H_{inv}: \mu_d > 0$$

Estadístico de prueba y condiciones para su uso

El estadístico de prueba que usamos es:

$$t_c = \frac{\bar{d}}{S_d / \sqrt{n}}$$

La distribución de éste estadístico, bajo el supuesto de que H_0 es cierta, es la distribución “*t de Student*” con $n - 1$ grados de libertad.

La condición para el uso de t_c como estadístico de prueba es que la variable bajo estudio se distribuya normalmente. Como sabemos que esta diferencia se distribuye normalmente, esta condición se cumple.

Utilizamos $\alpha = .05$. Como estamos probando $H_{inv}: \mu_d > 0$, α se ubicó en la cola derecha de la distribución “*t de Student*”. El valor encontrado en la tabla de distribución “*t de Student con n – 1* grados de libertad es $t_{(n-1)}$. A partir de este valor se definen las regiones de rechazo y no rechazo de H_0 .

Se realizó el mismo procedimiento para cada uno de los rubros. (Homosexualidad, Masturbación, Pareja, Drogadicción y Alcoholismo, Aborto, Educación, Género, Enfermedades de Transmisión Sexual y Métodos Anticonceptivos)

Para hacer la comparación de las puntuaciones obtenidas de cada uno de los grupos (Grupo control y experimental) en el postest utilizamos el estadístico para la comparación de dos muestras independientes de la siguiente forma:

Hipótesis

La hipótesis de investigación es que el promedio de las puntuaciones que obtuvo el grupo experimental en el postest después de tomar el curso taller de sexualidad es mayor que el promedio de las puntuaciones que obtendrá el grupo control en el postest.

$$H_{inv}: \mu_1 > \mu_2$$

Estadístico de prueba y condiciones para su uso

$$t_c = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\bar{s} \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$$

donde:

$$\bar{s} = \sqrt{\frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

La distribución de este estadístico, bajo el supuesto de que H_0 es cierta, es la distribución “t de Student” con $n_1 + n_2 - 2$ grados de libertad.

Las condiciones para el uso de t_c como estadístico de prueba son que la variable bajo estudio se distribuya normalmente y que las poblaciones cuyos promedios se están comparando tengan la misma desviación estándar. En este caso tenemos que las puntuaciones se distribuyen normalmente y podemos suponer que $\sigma_1 = \sigma_2$. Por lo tanto, podemos decir que ambas condiciones se cumplen.

Utilizamos $\alpha = .05$. Como estamos probando $H_{inv}: \mu_1 - \mu_2 > 0$, α se ubicó en la cola derecha de la distribución “t de Student”. El valor encontrado en la tabla de distribución “t de Student con $n_1 + n_2 - 2$ grados de libertad es $t_{(n_1 + n_2 - 2), \alpha}$. A partir de este valor se definen las regiones de rechazo y no rechazo de H_0 .

Método Cualitativo

Se realizaron anotaciones en una bitácora de campo en base a las observaciones y experiencias durante el Curso Taller de Sexualidad, registrando los hechos.

Resultados del Diagnóstico.

Los resultados del diagnóstico muestran que la edad promedio a la que los adolescentes comenzaron a recibir educación sexual fue a los 11 años, creen que es importante la educación sexual, les interesaría tomar un curso al respecto porque consideran la sexualidad como un elemento importante para su buen desarrollo, en general no pueden hablar abiertamente de sexualidad con su familia y la información que tienen ha sido escasa por parte de la escuela, en ocasiones hablan sobre el tema con sus amigos.

En promedio los hombres autocalifican sus conocimientos sobre sexualidad en escala del 1 al 10 con 8.3 y las mujeres con 5.1.

Los principales temas de interés detectados en el test diagnóstico son: Embarazo, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, homosexualidad, mejorar la calidad de las relaciones de pareja y sexuales y cómo se debe actuar con responsabilidad.

6.1. Análisis cuantitativo

Se obtuvieron las medidas de tendencia central y de variabilidad de las puntuaciones del pretest y postest tanto en el grupo experimental y control.

Se hizo la comparación de dos muestras pareadas; en este caso: puntuaciones del pretest y puntuaciones del postest en el grupo experimental y el grupo control, dándonos como resultado lo siguiente:

La hipótesis de investigación es que el promedio del aumento de la actitud favorable (μ_d) es mayor que cero.

$$H_{inv}: \mu_d > 0$$

En el **grupo experimental** se rechazó $H_0 : \mu_d \cong 0$ con $\alpha = .05$ porque $t_c = 5.24 \in [1.708, \infty >$, por lo tanto hay evidencia suficiente para considerar con 95% de confianza que las puntuaciones obtenidas en el postest son mayores que las obtenidas en el pretest; lo cual nos indica que si hubo aumento en las actitudes favorables después de haber participado en el curso taller de sexualidad.

En el **grupo control** como $t_c = -0.1521 \in <-\infty, 1.708 >$ no se rechazó $H_0 : \mu_d \cong 0$, por lo tanto no hay evidencia suficiente para considerar con una confianza de 95% que exista diferencia entre las puntuaciones del postest y el pretest; lo cual nos dice que no hubo cambios en las actitudes favorables del grupo control en el tiempo que duro el curso taller de sexualidad.

También se realizó la comparación de las puntuaciones obtenidas de cada uno de los grupos (Grupo control y experimental) en el postest, para ello utilizamos el estadístico para la comparación de dos muestras independientes y el resultado fue el siguiente:

La hipótesis de investigación es que el promedio de las puntuaciones que obtendrá el grupo experimental en el postest después de tomar el curso taller de sexualidad es mayor que el promedio de las puntuaciones que obtendrá el grupo control en el postest.

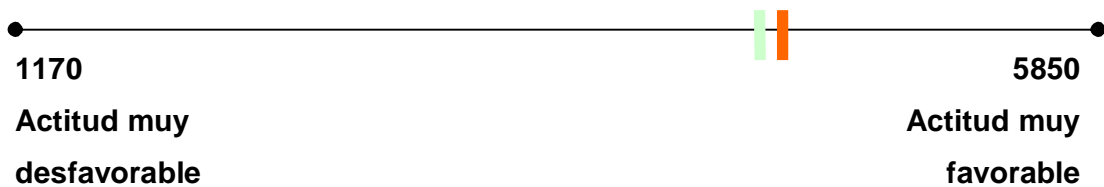
$$H_{inv}: \mu_1 > \mu_2$$

Como $t_c = 1.172 \in [1.684, \infty >$ se rechaza $H_0 : \mu_1 - \mu_2 \cong 0$ por lo tanto hay evidencia suficiente para considerar con 95% de confianza que las puntuaciones obtenidas en el postest por el grupo experimental son mayores que las obtenidas por el grupo control; lo cual quiere decir que la actitud favorable hacia la sexualidad es mayor en el grupo que participo en el taller de sexualidad que en el que no lo hizo.

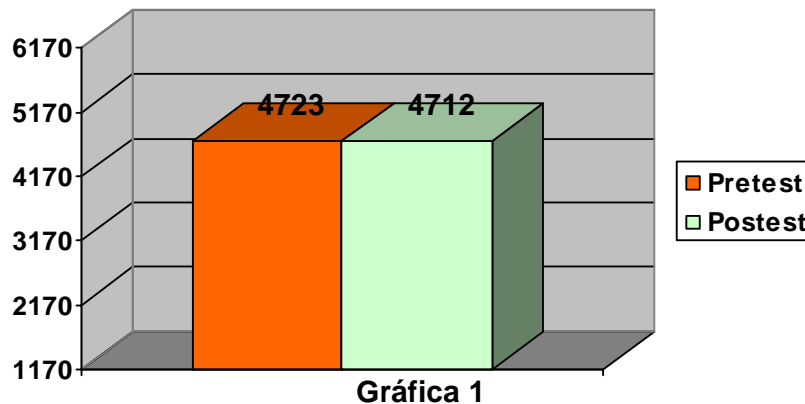
Con el fin de saber en cual de los rubros hubo cambios favorables o desfavorables después de aplicar el curso taller, calculamos el porcentaje de actitud positiva y negativa hacia la sexualidad para cada uno de los rubros que obtuvieron los sujetos tanto en el pretest como en el postest.

En el grupo control se obtuvo lo siguiente:

La menor puntuación para la escala es de 1170 puntos y la mayor es de 5850.



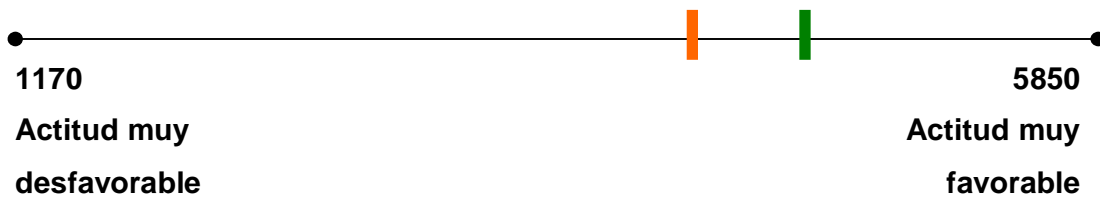
Resultados Pre y Post del grupo Control



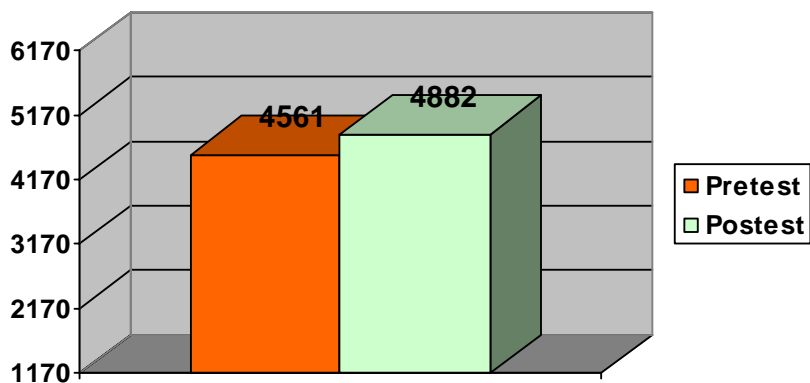
Los datos anteriores nos muestran que los adolescentes del grupo control tenían una buena actitud hacia el tema de la sexualidad ya que en general obtuvieron 4723 puntos en el pretest, posterior al curso-taller su puntuación disminuyó a 4712 puntos lo cual es esperado debido a que no se realizó ningún tipo de intervención.

En el grupo experimental se obtuvo lo siguiente:

La menor puntuación para la escala es de 1170 puntos y la mayor es de 5850.



Resultados Pre y Post Test del grupo experimental.



Gráfica 2

La gráfica anterior nos muestra que los adolescentes que participaron en el curso tenían una buena actitud hacia el tema de sexualidad, ya que en general obtuvieron 4561 puntos en el pretest y después del curso taller aumentaron su puntaje a 4882.

Con los datos anteriores se observa que el grupo control tenía mejor actitud en comparación con el grupo experimental al inicio del taller (puntuación del pretest) pero finalmente el grupo experimental obtuvo una mayor puntuación en el posttest; consideramos que la baja en el grupo control es causada por una desmotivación, ya que estuvieron enterados que a otro grupo si se les impartió el curso taller por el contrario el aumento en el grupo experimental se debió a que recibieron el curso taller.

En la siguiente lista se pueden ver las claves de los rubros que se utilizan en las tablas de puntuaciones.

H- Homosexualidad

M- Masturbación

P- Pareja

DyA- Drogadicción y Alcoholismo

A- Aborto

E- Educación

G- Género

ETS- Enfermedades de Transmisión Sexual

MA- Métodos Anticonceptivos

Las puntuaciones de las actitudes que tuvieron los sujetos en cada uno de los rubros en el pretest y postest se pueden apreciar en las siguientes tablas.

Tabla 1 Puntuaciones obtenidas por sujeto y por rubro en el grupo control.

GRUPO CONTROL

PRETEST											
	Puntuación por Rubro										
Sujeto	H	M	P	DyA	A	E	G	ETS	MA	Total por sujeto	
1	23	15	14	20	16	20	21	19	22	170	
2	14	18	20	19	18	21	20	22	23	175	
3	18	17	23	21	19	23	20	18	23	182	
4	20	17	16	20	17	20	16	19	18	163	
5	22	23	21	20	21	21	20	23	21	192	
6	16	20	19	20	20	19	21	19	20	174	
7	17	15	19	20	17	18	19	18	15	158	
8	20	21	18	20	16	19	21	23	24	182	
9	21	20	21	22	21	22	21	23	22	193	
10	19	20	18	21	22	21	18	18	15	172	
11	18	16	19	15	17	18	21	21	24	169	
12	20	21	18	19	18	21	20	22	22	181	
13	20	22	21	22	19	23	24	21	18	190	
14	20	21	19	20	16	20	22	23	21	182	
15	18	19	17	16	17	18	15	19	16	155	
16	20	20	22	23	22	21	24	23	24	199	
17	23	25	21	22	17	18	21	20	21	188	
18	17	20	22	21	20	23	21	23	19	186	
19	21	20	19	24	19	20	20	21	20	184	
20	21	19	18	16	19	18	22	19	20	172	
21	20	18	19	18	17	18	22	20	16	168	
22	19	18	20	22	16	18	21	20	21	175	
23	23	24	23	22	22	23	24	23	23	207	
24	20	22	21	24	23	20	20	22	21	193	
25	22	23	23	24	24	23	23	24	24	210	
26	23	21	21	24	22	23	22	23	24	203	
Total por rubro	515	515	512	535	495	529	539	546	537		

POSTEST											
	Puntuación por Rubro										
Sujeto	H	M	P	DyA	A	E	G	ETS	MA	Total por sujeto	
1	23	13	15	20	19	20	20	19	22	171	
2	15	18	19	18	18	21	20	22	23	174	
3	17	18	22	21	20	23	20	21	23	185	
4	20	18	16	19	17	18	17	19	18	162	
5	22	22	21	20	21	21	20	23	21	191	
6	18	18	20	19	21	20	20	21	22	179	
7	17	16	19	19	17	17	20	17	18	160	
8	20	20	18	20	17	19	19	23	24	180	
9	21	19	20	22	21	23	20	21	23	190	
10	20	19	18	21	21	21	19	18	15	172	
11	18	16	19	15	17	18	21	21	24	169	
12	20	20	18	19	18	21	19	21	22	178	
13	19	22	22	20	23	23	22	21	20	192	
14	20	20	19	20	17	20	21	22	21	180	
15	18	20	16	15	19	17	15	18	16	154	
16	20	21	22	23	22	22	24	23	24	201	
17	23	24	21	22	19	18	20	21	22	190	
18	17	20	21	21	20	23	21	23	19	185	
19	21	20	19	24	19	19	21	20	20	183	
20	18	20	19	18	19	18	20	19	19	170	
21	20	18	18	18	19	18	21	20	16	168	
22	17	17	19	22	18	18	21	19	20	171	
23	23	24	23	23	22	23	24	23	23	208	
24	20	22	19	24	21	21	20	22	21	190	
25	22	23	23	24	22	23	21	24	23	205	
26	23	22	20	23	22	23	23	24	24	204	
Total por rubro	512	510	506	530	509	528	529	545	543		

Tabla 2 Puntuaciones obtenidas por sujeto y por rubro en el grupo experimental.

GRUPO EXPERIMENTAL

PRETEST										
Puntuación por Rubro										
Sujeto	H	M	P	DyA	A	E	G	ETS	MA	Total por sujeto
1	14	17	23	20	17	21	20	20	22	174
2	19	18	22	22	20	24	21	21	23	190
3	21	18	16	21	18	21	21	21	19	176
4	14	19	18	20	19	18	21	19	20	168
5	17	15	18	25	23	23	22	21	24	188
6	23	17	24	23	21	23	16	23	24	194
7	19	23	19	25	17	20	21	20	21	185
8	24	19	20	18	0	17	18	22	16	154
9	20	21	18	20	17	20	24	23	21	184
10	25	25	21	24	20	21	24	25	25	210
11	17	18	20	18	18	16	21	21	21	170
12	20	20	18	19	17	22	21	24	23	184
13	16	23	16	21	22	18	23	24	13	176
14	16	21	23	22	21	20	22	19	10	174
15	19	23	20	23	18	21	21	20	16	181
16	13	17	22	20	19	20	19	20	21	171
17	18	16	16	15	13	17	17	21	14	147
18	19	17	17	15	13	17	18	21	14	151
19	13	18	22	19	20	21	19	20	20	172
20	21	22	22	23	23	23	24	24	20	202
21	19	17	16	16	14	17	17	21	14	151
22	20	18	17	14	16	14	21	17	17	154
23	16	14	23	21	17	20	21	21	22	175
24	21	17	22	16	16	22	20	21	21	176
25	19	18	18	20	15	21	21	25	23	180
26	19	22	16	16	17	20	22	21	21	174
Total por rubro	482	493	507	516	451	517	535	555	505	

POSTEST										
Puntuación por Rubro										
Sujeto	H	M	P	DyA	A	E	G	ETS	MA	Total por sujeto
1	25	25	21	24	20	20	24	25	25	209
2	23	21	25	25	17	20	25	24	23	203
3	23	23	18	22	18	19	21	24	17	185
4	19	21	20	21	19	21	19	17	21	178
5	22	24	24	23	25	20	24	23	24	209
6	20	17	25	25	21	21	22	23	23	197
7	21	25	20	25	19	23	25	22	23	203
8	16	22	24	23	19	23	22	21	24	194
9	24	22	17	24	19	21	19	20	19	185
10	23	25	24	25	19	25	25	21	24	211
11	20	17	20	19	20	19	22	19	23	179
12	19	19	17	24	19	21	22	21	20	182
13	19	22	20	25	22	19	18	13	23	181
14	17	15	24	23	23	17	21	21	19	180
15	15	20	25	23	19	22	19	19	24	186
16	22	25	18	24	19	18	23	22	19	190
17	20	19	19	17	18	20	18	21	20	172
18	21	22	20	19	18	22	19	21	20	182
19	18	19	24	20	22	23	22	19	18	185
20	21	24	23	23	23	20	24	23	24	205
21	19	18	17	17	15	21	17	21	15	160
22	20	19	17	16	16	14	21	16	16	155
23	17	18	23	22	17	21	21	21	22	182
24	22	17	25	18	17	23	22	22	22	188
25	21	25	25	20	19	23	22	25	23	203
26	22	23	18	17	17	20	21	20	20	178
Total por rubro	529	547	553	564	500	536	558	544	551	

Con las puntuaciones anteriores obtuvimos la significancia para cada uno de los rubros con $\alpha = .05$, por lo tanto podemos decir que con 95% de confianza que:

Cuando se rechaza H_0 se puede decir que las puntuaciones obtenidas en el postest son significativamente mayores que las obtenidas en el pretest.

Cuando se acepta H_0 se dice que no existe diferencia significativa entre las puntuaciones del pretest y postest.

Tabla 3. Cambios significativos de actitudes por rubros en grupo control.

Grupo Control	
Homosexualidad	Se acepta H_0 porque $t_c = .61 \in \langle -\infty, 1.708 \rangle$
Masturbación	Se acepta H_0 porque $t_c = 1 \in \langle -\infty, 1.708 \rangle$
Pareja	Se acepta H_0 porque $t_c = 1.35 \in \langle -\infty, 1.708 \rangle$
Drogadicción y Alcoholismo	Se acepta H_0 porque $t_c = 1.37 \in \langle -\infty, 1.708 \rangle$
Aborto	Se rechaza H_0 porque $t_c = 1.96 \in [1.708, \infty \rangle$
Educación	Se acepta H_0 porque $t_c = .23 \in \langle -\infty, 1.708 \rangle$
Género	Se acepta H_0 porque $t_c = 1.58 \in \langle -\infty, 1.708 \rangle$
Enfermedades de Transmisión Sexual	Se acepta H_0 porque $t_c = .15 \in \langle -\infty, 1.708 \rangle$
Métodos Anticonceptivos	Se acepta H_0 porque $t_c = 1.35 \in \langle -\infty, 1.708 \rangle$

Debido a que el grupo control no recibió el curso-taller era de esperarse que no hubiera cambios significativos en los rubros sin embargo el rubro de aborto presenta un cambio significativo sin que podamos explicarlo.

Tabla 4. Cambios significativos de actitudes por rubros en grupo experimental.

Grupo Experimental	
Homosexualidad	Se rechaza H_0 porque $t_c = 2.36 \in [1.708, \infty >$
Masturbación	Se rechaza H_0 porque $t_c = 3.08 \in [1.708, \infty >$
Pareja	Se rechaza H_0 porque $t_c = 3.71 \in [1.708, \infty >$
Drogadicción y Alcoholismo	Se rechaza H_0 porque $t_c = 5.17 \in [1.708, \infty >$
Aborto	Se rechaza H_0 porque $t_c = 2.08 \in [1.708, \infty >$
Educación	Se acepta H_0 porque $t_c = 1.46 \in <-\infty, 1.708 >$
Género	Se acepta H_0 porque $t_c = 1.66 \in <-\infty, 1.708 >$
Enfermedades de Transmisión Sexual	Se acepta H_0 porque $t_c = .68 \in <-\infty, 1.708 >$
Métodos Anticonceptivos	Se rechaza H_0 porque $t_c = 2.35 \in [1.708, \infty >$

Se observa que no hubo cambios significativos en los rubros de Género, ETS y Educación. Concluimos que este resultado esta relacionado con que nuestra muestra si cuenta con información correcta respecto a estos temas, en relación al rubro de educación este mide la actitud hacia la educación sexual en donde encontramos que esta es favorable, lo anterior se corrobora en el diagnóstico realizado donde expresó nuestra muestra estar a favor de recibir educación sexual y de la importancia que esta tiene.

A continuación se analizan los resultados de los rubros restantes comenzando por los que tuvieron cambios más significativos hasta los que menos.

Drogadicción y Alcoholismo: Este rubro obtuvo el cambio más significativo, el cual consideramos se debe a la falta de información que se maneja en torno a este tema, por tanto los adolescentes tienden a crear mitos y conceptos erróneos por ello al brindarles información objetiva y veraz respecto a este, su concepción cambió de manera significativa.

Pareja: Durante esta sesión nuestra muestra expresó ideas estereotipadas respecto a la relación de pareja, debido a que durante su educación sexual sólo reciben información respecto a ETS y control natal; durante la sesión se les brindó una idea objetiva respecto a cómo se conforma una pareja y cuáles son los aspectos más importantes dentro de esta. Por tanto su concepto respecto a ella cambia.

Masturbación: La significancia de este tema consideramos es el resultado de tratar en sesión un tema tabú el cual por su naturaleza tiende a crear a su alrededor mitos y concepciones erróneas; por tanto al resolver sus dudas mejora su nivel de información repercutiendo así en los resultados.

Homosexualidad: En lo referente a este tema nuestra muestra arroja resultados favorables; sin embargo consideramos que ocurren cambios significativos a favor debido a que durante la sesión de homosexualidad no sólo se trabajó la aceptación sino que se dio especial énfasis en la empatía y la sensibilización de situaciones de la vida cotidiana.

Métodos Anticonceptivos: Este tema aunque no les es desconocido está rodeado de diversas dudas en cuanto a su uso, así como estereotipado en relación a que su uso es responsabilidad de la mujer y que su función es sólo de control natal; por tanto al ampliar sus conocimientos previos dio como resultado el aumento de su actitud ya de por sí favorable.

Aborto: Este rubro fue el más bajo dentro de los que cambiaron significativamente; lo cual consideramos se debe a que existe una gran influencia de la religión y del hecho de que éste sea considerado un delito. La actitud de nuestra muestra no es favorable sin embargo la información objetiva respecto al tema causó cambios favorables en los resultados

6.2 ANALISIS CUALITATIVO

SESIÓN 1. PRESENTACION Y APLICACION DE PRETEST

HECHOS	MARCO TEÓRICO	COMO LO INTERPRETAMOS
<p>Integración del grupo a través de la dinámica de <i>Percepción y Mi nombre</i>. Se aplicó el pretest.</p> <p>Mencionan que en la secundaria sólo les habían dado algunas clases enfocadas en aparato reproductor femenino y masculino. Los participantes se mostraron entusiasmados con la idea de tomar el curso-taller de sexualidad.</p> <p>Sólo tres sujetos 8,12 y 27 relacionaron la mancha de la dinámica de Percepción con un pene y una vagina.</p>	<p>Durante la adolescencia de acuerdo con Erickson (1939) los individuos se preocupan por lo que parecen ante los ojos de los demás así mismo los adolescentes pueden ser exclusivistas y crueles con todos los que son “distintos”, esto se presenta como una defensa contra una confusión en la identidad por lo que durante una situación nueva se muestran suspicaces y renuentes. Kohlberg (1962) hace mención que la gran mayoría de los adolescentes se encuentran en el estadio 3 Nivel de la moralidad convencional, el cual supone una representación de los valores y de las expectativas del grupo social o de la familia interpretándose lo anterior como la necesidad de integrarse al grupo social de su contexto; Motivo por el cual es fundamental realizar dinámicas que fomenten un ambiente de respeto y armonía con la finalidad de desarrollar nuestro curso taller de sexualidad de manera satisfactoria.</p>	<p>El grupo en su mayoría parecía tener vergüenza de mencionar palabras relacionadas con sexualidad; debido a que había subgrupos y no se llevaban muy bien entre ellos y decían que no participaban mucho porque los demás se iban a reír de lo que dijeran. Erikson (1939) menciona que los adolescentes se preocupan por lo que parecen ante los ojos de los demás y que pueden ser exclusivistas y crueles con los que son “distintos” así mismo Dunphy (1983) menciona que los adolescentes forman grupos primarios los cuales procuran un medio acogedor; teniendo como actividad principal discutir para preparar y evaluar las actividades del grupo secundario.</p> <p>Los adolescentes de nuestra muestra se encuentran interesados en el tema de sexualidad, éste les provoca interés pero también les cohibe y les preocupa como pueden verse frente a sus pares hablando de temas propios de sexualidad ya que nos mencionaron que no habían recibido educación sexual durante su vida escolar.</p>

SESIÓN 2. GENERO, SEXO Y SEXUALIDAD

HECHOS	MARCO TEÓRICO	CÓMO LO INTERPRETAMOS
<p>Se llevó a cabo la dinámica <i>Role Playing</i> para el tema de género se realizó de manera grupal, los sujetos más desinhibidos fueron 1,8,12,20,21 y 27.</p> <p>El sujeto 1 compartió su experiencia en casa, habló de lo injusto que es el trato que recibe ella como mujer comparado con todos los beneficios que recibe su hermano por ser hombre, este ejemplo nos apoyó aún más para que entendieran el concepto de género.</p> <p>Se hizo una <i>Lluvia de ideas</i> para el tema de sexo y sexualidad y se les explicó la dinámica <i>Yo soy</i> la cual se realizaría al final de cada sesión.</p> <p>Se revisó y construyó el concepto de género, sexo y sexualidad con la participación de todo el grupo, Diferenciaron bien entre sexo y sexualidad después de las dinámicas y lo supieron definir de manera clara y concreta.</p> <p>Se aclararon dudas y se hicieron comentarios personales a través de la dinámica "yo soy".</p> <p>Se inició la dinámica de <i>Bebé huevo</i></p>	<p>La sexualidad es un elemento de la vida humana fundamental para el desarrollo integral del individuo. Para entender el tema de la sexualidad en su dimensión adecuada es necesario distinguir los principales conceptos que la rodean, así como el propio.</p> <p>Para conceptualizar sexo y género nos apoyamos en (Álvarez y Millán, 2004, p.16) definiendo lo siguiente: "El sexo se refiere a las diferencias biológicas que categorizan a hombre y mujeres; el género, en cambio, se refiere a todas las características que socialmente se atribuyen a las personas en función de su sexo"</p> <p>De acuerdo con Flores (2000) la sexualidad es la experiencia personal e intransferible, forma parte constitutiva de la personalidad humana, la cual ha sido normada en función de las necesidades de un sistema cultural. Palacios (1990) por otro lado menciona que la sexualidad es mucho más que un comportamiento sexual, pues en ella también se incluye el desarrollo del género, el rol sexual, orientación, comportamiento, identidad, actitudes y valores.</p> <p>En cuanto al género Bustos (citado en Hiriart, 1999) menciona que es un elemento que comienza al igual que la sexualidad desde el nacimiento, el cual se atribuye de acuerdo a los órganos sexuales externos que presenta, entendiéndose así que el género se confluencia entre el aspecto físico y los factores psicológicos; En relación a ello Corona (citada en Hiriart,1999) menciona que una vez que el individuo ha identificado la existencia de dos géneros (masculino y femenino), confirma el papel que le corresponde a partir de su sexo y empieza adoptar las conductas y actitudes correspondientes.</p> <p>Desde la condición de género, se prefigura el desarrollo y comportamiento de las personas para ser "socialmente" aceptadas, esto es, a partir de las actividades y actitudes que responden a lo que una sociedad, con base en las tradiciones y los valores, esperan del ser hombre y del ser mujer. (Manual de Capacitación, 2002, p16)</p>	<p>Durante el <i>Role Playing</i> se mostraron inhibidos, expresaron su temor al ridículo, estaban inseguros en cuanto a sus conceptos y no sabían que hacer. La conducta inhibida e insegura se traduce en su falta de conocimiento sobre los conceptos que se manejaron durante la clase.</p> <p>Realizaron actuaciones estereotipadas de cada uno de los géneros, esto debido a que como se menciona en el manual de capacitación los hombres y las mujeres deben tener ciertas actividades y actitudes para ser aceptados socialmente.</p> <p>Debido a la falta de información nuestra muestra no considera el tema de género relacionado a la sexualidad pues su conceptualización de esta se limita a las relaciones sexuales dando pie esta situación a mantener conceptos incompletos y erróneos.</p> <p>Por otra parte los adolescentes se encuentran desinformados en temas sociales respecto a la sexualidad, sus intereses se limitan a buscar información para no embarazarse o bien contraer enfermedades de transmisión sexual siendo sus principales fuentes el Internet y los amigos los cuales en la gran mayoría de los casos no incluyen información respecto a conceptos fundamentales tales como son: genero, sexo y sexualidad y por lo general tampoco tienen información adecuada en cuanto al tema.</p> <p>Para hacer la dinámica de bebé huevo las mujeres se mostraron más entusiasmadas que los hombres, lo cual es esperado ya que como nos menciona Corona (1999) las conductas y actitudes están regidas gran parte por el género, en este caso la maternidad es prácticamente exclusiva del género femenino.</p>

SESION 3. DESARROLLO BIOLÓGICO, LA IMPORTANCIA DEL AUTOEXAMEN y TRASTORNOS SEXUALES.

HECHOS	MARCO TEORICO	CÓMO LO INTERPRETAMOS
<p>Se realizó la dinámica <i>Anatomía y Fisiología</i>. El grupo no recordaba como se llamaban sus órganos sexuales tanto internos como externos participaron más los hombres que las mujeres ya que éstos tenían más información al respecto. Se les entregaron folletos sobre la importancia del autoexamen y se les mostró la manera de realizarlo. Se les explicó el concepto de trastorno sexual y se entregaron folletos, los asistentes se mostraron atentos y expresaron sus dudas las cuales se aclararon como fueron surgiendo. Para finalizar se realizó la dinámica “ Yo soy”</p>	<p>El conocimiento acerca de los cambios físico/ biológicos que suceden durante el crecimiento, así como el conocer fisiológica y anatómicamente el cuerpo resulta indispensable para la sana sexualidad de todo adolescente. Tortora (2000) Explica los órganos sexuales y su función tanto del hombre como de la mujer. El autoexamen en ambos sexos resulta necesario para la preservación de la salud; Por ello es indispensable que los adolescentes conozcan su cuerpo y aprendan a examinarlo, con la finalidad de prevenir futuras enfermedades. Scheneider (2005) Explica claramente la importancia así el como debe realizarse el autoexamen mamario y pélvico en mujeres y testicular en los hombre. Para Kaplan (1978) Las disfunciones sexuales son trastornos psicossomáticos que impiden al individuo realizar el coito o gozar de él. Menciona las disfunciones sexuales más comunes y explica que su origen puede ser psicológico, anatómico o fisiológico, asimismo, Carrobbles (1985) nos brinda un panorama general acerca de anormalidad en cuanto a sexualidad se relacione. Para la clasificación de los trastornos de la sexualidad nos apoyamos en el DSM-IV el cual los concentra en tres grupos: disfunciones sexuales, parafilias y trastorno de la identidad sexual</p>	<p>Les costó trabajo recordar los nombres y la función de las partes del aparato reproductor femenino y masculino ya que la falta de educación sexual desde temprana edad provoca un gran desconocimiento del propio cuerpo sin importar el sexo; así mismo el hecho de que en la familia no se traten este tipo de temas con claridad provocan confusión pues en la mayoría de los casos durante la infancia los padres enseñan a sus hijos a llamar por nombres ambiguos y fantasiosos a los genitales.</p> <p>En el tema de la importancia del autoexamen los participantes se mostraron interesados, ya que guardaron silencio y preguntaron cuando tenían dudas. Durante el transcurso de la sesión se observó que les resultó mucho más sencillo llamar por su nombre a los órganos sexuales. Se mostraron seguros al finalizar con la dinámica Yo soy pues dijeron correctamente los conceptos que se manejaron hasta esta sesión y si en algún momento titubeaban los demás completaban el concepto mostraron una mayor unión grupal pues todo el grupo interactuaba entre sí. Durante el tema de trastornos sexuales se mostraron atentos pues se les brindó un panorama general acerca de lo que es y no normal en las relaciones sexuales.</p>

SESIÓN 4. ADICCIONES Y SEXUALIDAD.

HECHOS	MARCO TEORICO	COMO LO INTERPRETAMOS
<p>Se les dio una breve introducción sobre el contenido de la película que se les proyectó.</p> <p>Se proyectó la película</p> <p>Tanto hombres como mujeres hicieron comentarios negativos hacia el hecho de combinar drogas y alcohol con el sexo, Nos hicieron saber que era muy importante para ellos que se platicara sobre el tema de manera tan abierta y sobre todo con confianza, comentaron acerca de lo importante que es tener un espacio en donde y con quién hablar de manera abierta sobre estos temas.</p> <p>Se realizó la dinámica <i>Yo soy</i>.</p>	<p>Hoy por hoy las adicciones representan un problema social grave pues el uso de drogas provoca en el individuo cambios que interfieren en su comportamiento teniendo como resultado acciones no planeadas ni pensadas.</p> <p>Cuando los adolescentes tienen el desatino de combinar las drogas con el acto sexual, se tiene consecuencias terribles pues la falta de conciencia producida por la droga provoca que se sostengan relaciones sexuales sin protección en lugares no adecuados y con personas incorrectas, dejando una alta probabilidad de adquirir una enfermedad de transmisión sexual, un embarazo no deseado y de sufrir diversas agresiones sexuales.</p> <p>Aidscom (citado en Fernández, 2002) considera que cuando una persona bebe alcohol o ingiere, inhala otras drogas, corre peligro de perder los mecanismos de defensa que le permiten evitar los riesgos; Cuando una persona esta un poco fuera de control aunque no pierda el sentido y se sienta perfectamente, se ve afectada su capacidad para tomar precauciones y decisiones ante alguna situación que implique un riesgo.</p>	<p>Por el tipo de comentarios que hace el grupo nos damos cuenta que están consientes del peligro que corren al tener relaciones sexuales bajo los influjos de cualquier droga y las consecuencias que esto acarrea.</p> <p>Los adolescente de nuestra muestra están constantemente expuestos al alcohol y las drogas debido a que en la zona en la que se ubica su escuela se encuentran múltiples centro de reunión (antros) en donde se ofrecen alcohol y drogas de manera ilegal así mismo el hecho de que existan tres escuelas de nivel medio superior en sus alrededores convierte a estos sitios en lugares populares entre ellos; Por tanto los jóvenes consideran que por ser punto de reunión popular están obligados a ir y a consumir pues de lo contrario pueden parecer frente a sus pares como mojigatos. Erickson (1939) nos hablan acerca de la importancia que tiene para los adolescentes sentirse adheridos y aceptados a su grupo de pares.</p> <p>El grupo coincide en que el tomar algún tipo de sustancia que altere la consciencia es peligroso sin embargo al momento de salir a divertirse eso es en lo que menos piensan pues durante ese lapso sólo buscan satisfacer sus deseos de diversión sin pensar en las consecuencias.</p>

SESIÓN 5. AGRESIONES SEXUALES Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

HECHOS	MARCO TEÓRICO	COMO LO INTERPRETAMOS
<p>Se les explicó los conceptos básicos de las agresiones sexuales.</p> <p>Por medio de una plática grupal fuimos abordando los temas dándonos cuenta que tenían información muy limitada y confusa, Se fueron aclarando dudas para que supieran que hacer en caso de ser víctimas de una agresión sexual.</p> <p>Se les obsequiaron folletos y se les explicaron las medidas preventivas.</p> <p>En el tema de agresiones sexuales las más participativas fueron las mujeres, el sujeto 30 salió del salón y no regresó.</p> <p>Debido al gran interés que mostraron los asistentes fue necesario ampliar el tema extendiéndolo por 10 minutos.</p> <p>Se platicó sobre las ETS y cómo su comportamiento influye de manera importante y a la vez éste hace la diferencia entre contraerlas o no.</p> <p>Se realizó la dinámica <i>Cacería de firmas</i>, la cual cumplió su objetivo ya que realmente les impactó cómo se pueden contagiar y a su vez contagiar tan fácilmente de una ETS o del SIDA.</p> <p>Se les dieron folletos con información de las ETS. Se realizó la dinámica <i>Si esto pasara yo</i>.</p> <p>Se discutieron las respuestas de las dinámicas.</p> <p>Dinámica <i>Yo soy</i>.</p> <p>Se les pidió que trajeran el bebé huevo que se les encargó la sesión 2.</p> <p>Debido a la extensión de l tema anterior este es reducido en tiempo.</p>	<p>El sexo es un derecho natural por lo que resulta conveniente y necesario conocer el marco legal que lo ampara, así como cuales y en que consisten los delitos sexuales. Por varios años en la sociedad se creía que los delitos sexuales eran provocados y que estos les sucedían única y exclusivamente a las mujeres motivo por el cual en la mayoría de los casos no eran denunciados pues las mujeres se sentían culpables y no consideraban la agresión vivida como un delito debido a la falta de conocimiento sobre el marco legal. Por ello se debe dar a conocer a la población en específico a los niños y adolescentes el marco legal de los delitos sexuales. De acuerdo con Carrancá (2005) los delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual son los siguientes: hostigamiento sexual, abuso sexual, estupro y violación. La ley marca que la víctima tiene derecho a recibir apoyo psicoterapéutico en el Distrito Federal la Subprocuraduría de Atención a Víctimas es la encargada de proporcionarlas a través de su Centro de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales el cual tiene por objetivo brindar atención integral y especializada a quienes han sido afectados por delitos sexuales.</p> <p>Las enfermedades de transmisión sexual son aquellas como su nombre lo indica contagiadas a través de las relaciones sexuales en donde el intercambio de los fluidos corporales proporciona el medio perfecto para el contagio. Durante la adolescencia es cuando comúnmente se inicia la actividad sexual por tanto si no se tiene conocimientos suficientes respecto al tema, el adolescente queda vulnerable ante las enfermedades de transmisión sexual pues al ser ignorante respecto a estas muy probablemente tampoco sabrá como prevenirlas. En la actualidad el contraer una enfermedad de transmisión sexual puede costar la vida pues existen virus incurables que provocan la muerte tales como son el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y algunos tipos de papiloma humano. De acuerdo con Del Rio et al (1994) En ausencia de vacunas, la única forma como podemos prevenir las enfermedades de transmisión sexual y el sida es educando para generar un cambio de comportamiento en la sexualidad. Aun cuando se contara con vacunas, sería indispensable mantener los programas permanentes de educación. Aller (1991) describe las causas y los síntomas de las ETS.</p>	<p>En general el grupo estuvo interesado en el tema de agresiones sexuales sin embargo las mujeres fueron las mas participativas pues ellas son las que mayor riesgo tiene de sufrir algún tipo de agresión sexual, durante la sesión expresaron dudas respecto a la identificación y la prevención de las agresiones sexuales reflejaron interés y comprendieron la necesidad de salvaguardar su integridad sexual.</p> <p>Se realizó la dinámica <i>Cacería de firmas</i>, la cual cumplió su objetivo ya que realmente les impactó cómo se pueden contagiar y a su vez contagiar tan fácilmente de una ETS o del SIDA.</p> <p>El tema de enfermedades de transmisión sexual causo impacto pues la gran mayoría de ellos desconocía cuales eran las formas de contagio así como sus síntomas y cura o control, la falta de educación sobre este tema provoca concepciones erróneas tal como el que piensen que por ser su primera vez no se contagiaran, o bien que las personas portadoras de una ETS son fácilmente distinguibles por sus características físicas, de personalidad u ocupación. De ahí la importancia de educar en sexualidad desde edades tempranas.</p>

SESIÓN 6. EMBARAZO Y ABORTO.

HECHOS	MARCO TEÓRICO	COMO LO INTERPRETAMOS
<p>Mostraron sus bebés huevo. Cada pareja expuso sus fantasías de ser padres en ese momento. Al formar parejas hubo quienes quisieron ser madre soltera s25 y padre soltero s8, y quienes formaron parejas del mismo sexo, la pareja de novios s16 y s23 casi no habló en esta sesión.</p> <p>Se les proyectó video de embarazo y aborto. Escuchamos las impresiones de cada uno de manera muy objetiva y recordándoles que todas las opiniones eran respetables. Los videos les dieron otra perspectiva sobre el embarazo y el aborto</p> <p>En cuanto al tema del aborto las mujeres fueron las más interesadas. S16 y s23 se acercaron al terminar la sesión para preguntar cómo saber si alguien estaba embarazada y si eran confiables las pruebas de farmacia. Dinámica Yo soy Construcción de los conceptos del tema entre el grupo y las asesoras.</p>	<p>El embarazo aunque resulta natural en la mujer, cuando este ocurre en situaciones inconvenientes e inesperadas se torna frustrante y peligroso pues sus consecuencias repercuten en todas las áreas: física/biológica, familiar, social, económica y psicológica. El embarazo durante la adolescencia siempre resulta inconveniente pues no se cuenta con los requerimientos necesarios para hacer frente a la situación; Provocando en el adolescente desequilibrio en su entorno; de acuerdo con Pick (1996) La adolescente embarazada puede o no recibir ayuda por parte de su familia sin embargo en caso de que así suceda esta solo logra aligerar las complicaciones que resultan de un embarazo prematuro, pues la proyección a futuro de la adolescente cambia radicalmente desestabilizando todas sus áreas. En muchas de las ocasiones la joven llega a considerar el aborto como la mejor alternativa de solución a su embarazo prematuro y no deseado. De acuerdo con Kulczyck (2003) El aborto hoy por hoy constituye un gran problema pues la falta de programas de planificación familiar y descuido en la salud reproductiva de la mujer han acentuado el conflicto; De igual manera los mitos sociales alrededor del aborto y la sexualidad han fomentado a estigmatización del mismo. Debido a que en nuestro país el aborto voluntario es ilegal ha provocado que este sea practicado en clínicas clandestinas en condiciones insalubres y sin normatividad alguna, teniendo como resultado incalculables muertes por año. El aborto es realizado de diversas maneras Secretaria de Salud (2002) Menciona y explica cuales son las practicas abortivas más utilizadas en la actualidad como son el legrado, la succión y la histerectomía. Existen otras técnicas abortivas pero estas son mucho menos utilizadas que las anteriores; el envenenamiento salino, el suministro de prostaglandinas y el uso de la píldora RU 486 son algunas de ellas. En lo referente al marco legal en México, Carrancá (2005) menciona que el aborto solo es legal bajo determinadas circunstancias tales como: Cuando el embarazo es resultado de una violación, cuando es provocado accidentalmente (imprudencial), cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer, cuando el producto viene con malformaciones genéticas graves o cuando es realizado por inseminación artificial no consentida, se realizó un cuadro (Cuadernos de Salud Reproductiva, 2005) en donde se explica en que estado de la republica mexicana y bajo que circunstancias es legal el aborto.</p>	<p>Nos dimos cuenta de la influencia que tiene la religión en cuanto al tema del aborto y en cuanto al embarazo las mujeres lo ven como algo que tienen que asumir porque es cosa de mujeres. Se encuentran en el grupo gran división de opiniones unos en su mayoría mujeres lo ven como algo normal, tierno, una bendición, un regalo de Dios, un privilegio o una oportunidad para demostrar su madurez, con esto nos damos cuenta que culturalmente existen estereotipos acerca de las características que se presuponen propias de uno u otro sexo, Corona en Hiriart (1999), nos dice que el individuo confirma el papel que le corresponde a partir de su sexo y empieza a adoptar las conductas y actitudes correspondientes, por otra parte otros lo ven como un horror pues consideran que un embarazo es un fracaso pues significaría no cumplir con sus expectativas futuras o simplemente el fin de su libertad; Pick (1996) nos comenta que la proyección a futuro de la adolescente embarazada cambia radicalmente desestabilizando todas sus áreas y en muchas ocasiones llega a considerar el aborto como la mejor alternativa de solución a su embarazo prematuro y no deseado. En el tema del aborto influyen sus ideologías religiosas, políticas y la situación de género; dentro del grupo encontramos diversas religiones como cristianos, testigos de Jehová y en su mayoría católicos quienes están en contra del aborto por temor al castigo divino, sin embargo no es una posición absoluta ya que tienen argumentos para estar a favor en ciertas condiciones, la ideología política se inclina sólo a que saben que es legal sólo cuando ha sido una violación y que las clínicas ilegales son insalubres, algunas de las chicas mencionan su derecho a decidir y se apoyan en la sesión de género. En la dinámica final se reafirmaron los conocimientos adquiridos en esta sesión y se mostraron más abiertos sobre el tema del aborto.</p>

SESIÓN 7. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

HECHOS	MARCO TEÓRICO	COMO LO INTERPRETAMOS
<p>Presentación física del material (métodos anticonceptivos) vieron, tocaron y participaron poniendo el condón en el pene didáctico esto les resultó más ilustrativo ya que dijeron que ninguno había estado en contacto directo con ellos.</p> <p>Se realizó la dinámica <i>Lluvia de ideas</i> (acerca de métodos anticonceptivos)</p> <p>El grupo tiene varios mitos acerca del uso de anticonceptivos por lo tanto fuimos descartando cada uno y aclarando dudas, a pesar de la explicación del uso de la píldora del día siguiente sujetos 19,27,17,9, 3 y 29 expresan estar en contra de la pastilla anticonceptiva de emergencia.</p> <p>Elaboraron un anuncio publicitario por equipo sobre un método que ellos eligieron, hablando de pros y contras al usarlo. Se realizó una puesta en común.</p> <p>Se realizó la dinámica <i>Yo soy</i>.</p> <p>Al final de la sesión sujetos 21,23, 27 y 19 se acercaron para preguntar si en la farmacia no les pedían receta para comprar la píldora del día siguiente.</p>	<p>La anticoncepción representa un tema medular en la sexualidad ya que el conocimiento y el buen uso de estos mejora la calidad de las prácticas sexuales pues decremantan la posibilidad de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados o prematuros. Para Hayman (1995) Los anticonceptivos vinieron a revolucionar en forma conceptual y práctica nuestro comportamiento sexual al incidir en los valores, las creencias, las pautas de conducta, las normas, la relación amorosa y la construcción social de los géneros.</p> <p>Debido a que los métodos anticonceptivos tiene un origen químico/biológico nos apoyamos en Tortora (2000) quien clasifica y explica los métodos anticonceptivos de acuerdo a sus características de acción; Para finalizar se realizó un cuadro en donde se explican los siguientes campos: Nombre del método, ventajas, desventajas y efectos secundarios; teniendo como base para este cuadro un texto de Aguilar (1991).</p>	<p>Se muestran interesados pues muchos de los anticonceptivos no los conocían físicamente y desconocían su funcionamiento Hayman (1995) menciona que los anticonceptivos vinieron a revolucionar en forma conceptual y práctica nuestro comportamiento sexual, por lo que creemos que en casa prefieren que desconozcan su uso y así posiblemente evitar que tengan relaciones sexuales. El grupo comenta que los anticonceptivos son antiromanticos, están consientes de su importancia, pero a algunos les da miedo pedirle a su pareja que los usen, les da pena conseguirlos porque se van a dar cuenta que ya tienen relaciones sexuales, por lo antes mencionado nos damos cuenta que un obstáculo para tomar una decisión informada respecto al libre ejercicio de la sexualidad es la confusión que provoca el cúmulo de creencias erróneas y mensajes contradictorios sobre la anticoncepción.</p> <p>Al finalizar la sesión en la dinámica <i>Yo soy</i> nos percatamos que si aprendieron sobre los diferentes métodos.</p> <p>Para reforzar la información brindada se les repartió folletos.</p>

SESIÓN 8. HOMOSEXUALIDAD Y MASTURBACIÓN.

HECHOS	MARCO TEÓRICO	COMO LO INTERPRETAMOS
<p>Se pegaron en el pizarrón fotografías de parejas homosexuales y heterosexuales.</p> <p>Se inició la dinámica <i>Debate</i> sobre la homosexualidad, la cual se convirtió en una plática grupal de distintas situaciones por las que pasan los homosexuales.</p> <p>Dinámica <i>Lluvia de ideas</i> acerca de la masturbación.</p> <p>Se expusieron diversos mitos sobre la masturbación en su mayoría expuestos por los hombres quienes participaron más; a pesar de que conocían muchos mitos estaban consientes que eran mitos y que no había nada de malo en masturbarse. Saben que dichos mitos impiden que disfruten y exploren su cuerpo sin sentir culpa o pena, sobre todo en las mujeres, ellas piensan que es cosa de hombres, lo cual se vio reflejado al hablar sobre el tema en su poca participación.</p> <p>Dinámica <i>Yo soy</i>.</p>	<p>Comúnmente durante la adolescencia se desarrolla la orientación sexual esta puede ser heterosexual, homosexual o bisexual. De acuerdo con Reinisch y Beasley (1992) La orientación sexual se refiere a sentirse enamorado y eróticamente atraído por personas del sexo opuesto, por personas del mismo sexo o bien gustar de ambos sexos. La heterosexualidad es la orientación sexual aceptada en la sociedad mexicana, por lo que cuando el adolescente tiene alguna orientación distinta a la antes mencionada son comunes sentimientos de rechazo y culpa.</p> <p>Durante mucho tiempo se considero la homosexualidad como una parafilia (perversión sexual). Kinsey (citado en Katchadourian, 1979) fue el primero en dejar a un lado esa teoría y aseguro que la orientación sexual no representa de ninguna manera una patología sexual, sin embargo la ideología social ha mantenido el concepto erróneo de enfermedad y perversión sexual. Motivo por el cual la discriminación ha sido una constante en la historia de la homosexualidad.</p> <p>Castañeda (1999) Ayuda a comprender la homosexualidad en los adolescentes explicando cuales son los sentimientos que presenta el adolescente cuando se encuentra en esta situación; Aislamiento, distanciamiento emocional, sensación de discrepancia entre el verdadero ser y el estereotipo cultural, sentimiento de inferioridad, culpa y el miedo al rechazo son algunos de los más comunes. Por ello es indispensable que todos los adolescentes cuenten con información verídica, objetiva y libre de estigmas con la finalidad de excluir la discriminación y fomentar la empatía y la igualdad sin importar la orientación sexual.</p> <p>La masturbación constituye una actividad sexual sumamente sana que ayuda a descubrir sentimientos eróticos, fomenta el autoconocimiento y la descarga de tensiones sexuales de manera segura. Para Ramos (2002) la masturbación es la práctica sexual más segura pues no existe ninguna evidencia científica ni medica que indique la masturbación sea dañina. Hoy en día la masturbación es considerada como un elemento importante en el aprendizaje sexual así mismo constituye un refugio que permite satisfacer ciertas necesidades de intimidad que son propias de cada uno.</p>	<p>En el grupo expresan su aceptación hacia la homosexualidad, por lo que pensamos que la situación social y los medios de comunicación han apoyado la diversidad sexual; con grupos musicales o programas de televisión de contenido gay, así mismo los cambios en las leyes de casi todo el mundo respecto a las uniones gay los hace ver la homosexualidad de una forma natural.</p> <p>Sin embargo a pesar de la aceptación por parte del grupo a la diversidad sexual, se comentó acerca de la discriminación que aún existe en nuestro país y en el resto del mundo, a pesar de que Kinsey (1940) fue el primero en dejar a un lado la teoría de la homosexualidad como una perversión sexual la ideología social ha mantenido este concepto erróneo motivo por el cual la discriminación ha sido una constante hasta nuestros días.</p> <p>Durante el tema de la masturbación hubo participación en general, aunque hablaron de una manera más desinhibida y confiada los hombres, las mujeres se mostraron un poco más cohibidas que durante otras sesiones; A pesar de que las mujeres cuentan con información respecto al tema prefieren no participar ya que consideran que la masturbación es más propia para hombres que para mujeres debido a que la sociedad así lo ha determinado esto es fundamentado en el manual de capacitación (2002) en donde se menciona que el comportamiento de las personas para ser socialmente aceptado se encuentra regido por las tradiciones y los valores de la sociedad.</p> <p>Citando a Ramos (2002) y con la intención de desmentir los mitos que hay alrededor de la masturbación les explicamos que la masturbación es la práctica sexual más segura pues no existe ninguna evidencia científica ni médica que indique que sea dañina.</p>

SESIÓN 9. AUTOCONCEPTO Y ASERTIVIDAD.

HECHOS	MARCO TEÓRICO	COMO LO INTERPRETAMOS
<p>Se les explicó los conceptos de Asertividad y Autoconcepto.</p> <p>Se realizó una encuesta sobre <i>Tu imagen corporal</i>, en su mayoría al revisarla coinciden en que aunque les gustaría cambiar algunos aspectos físicos mencionan que están contentos con su apariencia, el sujeto 20 hizo hincapié que desgraciadamente como te ven te tratan, sujetos 6 y 7 dijeron que entre ellos es muy común eso pero que lo importante es valorarse ellos mismos.</p> <p>Se revisó la <i>Docena mágica de la autoestima</i>.</p> <p>Se llevo acabo la dinámica <i>Lo que otros ven en mí</i>.</p> <p>Se reafirmaron los conceptos antes mencionados.</p> <p>Durante la dinámica <i>El navío</i>, fueron participativos, sus respuestas fueron apegadas a la posible realidad, el sujeto 27 hizo una broma acerca de tener relaciones sexuales sin protección y sujeto 3 le recordó lo del bebé huevo pero que lo pensara como un bebé de verdad, las opiniones discreparon al tocar el tema de la virginidad y las relaciones sexuales Dinámica: <i>Los dos caminos</i>, se revisó la lista de doce puntos <i>El que una persona se comuniqué asertivamente implica...</i> el mismo grupo retomó lo importante de tomar las decisiones adecuadas pues si no las consecuencias podrían interferir de manera negativa en un futuro próximo.</p>	<p>El autoconcepto y la asertividad son temas que van entrelazados y que resultan indispensables para favorecer el sano desarrollo de la sexualidad.</p> <p>De acuerdo con Vanegas (2000) El manejar un autoconcepto favorable mejora la propia identidad, la percepción e interpretación que se tenga de la realidad externa, así como de las experiencias propias; permitiendo de esta manera la autoaceptación y evitando conductas erróneas con tal de ser aceptado en determinado grupo social. La falta de una favorable autoestima es posible que provoque la aceptación de relaciones sexuales aunque el adolescente no lo desee, lo anterior se apoya en Braden (1998) quien refiere que cuando una persona se considera capaz y con fuerza y habilidades suficientes para resolver un problema, vive con la sensación de tener mayor control sobre su propia vida y por tanto más seguridad.</p> <p>Por otro lado la asertividad también constituye una parte fundamental para el desarrollo sexual pues esta se define de acuerdo con Castañer (citado en Vanegas 1996) como el comportamiento verbal y no verbal que defiende nuestros derechos personales al mismo tiempo que respeta los derechos de los demás. La capacidad de tomar decisiones y defenderlas ayuda alejarse de situaciones en donde se pone en juego la integridad física y emocional.</p>	<p>Nos percatamos que para el grupo en general su autoestima depende de cómo los ven los demás, en específico sus compañeros de clase (sus pares) por tanto sus acciones no están encaminadas a respetar sus propias normas o valores morales sino a satisfacer a la de otros para ser aceptados en el grupo el cual a través de cómo los traten basaran su autoestima.</p> <p>De acuerdo con Castañer (citado en Vanegas 1996) esta falta de solidez en su autoestima repercutirá negativamente en la asertividad al momento de la toma de decisiones en su vida sexual.</p>

SESIÓN 10. RELACIÓN DE PAREJA Y EXPECTATIVAS FUTURAS.

HECHOS	MARCO TEÓRICO	COMO LO INTERPRETAMOS
<p>Voluntariamente nos dieron su definición de pareja. Se les repartió el ejercicio de <i>Oraciones incompletas</i>. Cada quien nos compartió sus respuestas. Se realizó la Dinámica <i>Celos</i>. compartimos respuestas abordamos el tema de los celos, la mayoría veía como sinónimo de amor los celos, por lo tanto fuimos mencionando algunos mitos sobre éstos y su relación con el amor Se discutieron sobre los mitos culturales acerca del amor y los celos. La sujeto 27 es casada así que fue interesante su participación en esta sesión, ella mencionó la confianza en pareja y los demás no. Lectura del <i>Joven celoso</i>. En la dinámica <i>¿qué quiero ser cuando sea grande?</i>, Se recordó sobre la toma de decisiones y se realizó la dinámica <i>Yo soy</i> en donde el sujeto 23 externo su preocupación por su futuro y enumero algunos de los peligros o desventajas que puede encontrar más adelante si no toma las decisiones adecuadas respecto a su sexualidad. Al finalizar la sesión el S16 y el S23 se acercaron a nosotros para comentarnos que hace algunas semanas pensaron que ella estaba embarazada, pero por lo visto en sesiones anteriores buscaron ayuda profesional, lo cual les sirvió bastante pues se enteraron que su retraso solo fue un desorden hormonal.</p>	<p>Durante la adolescencia la relación de pareja resulta sumamente intensa pues los factores biológicos, emocionales y sociales son detonadores de esta circunstancia; Por ello es indispensable mantener atención en las relaciones amorosas de los adolescentes pues debido su intensidad puede provocar circunstancias indeseables como embarazos prematuros, enfermedades de transmisión sexual, aborto, violencia en el noviazgo, depresión grave al termino la relación, etc. La relación de pareja de acuerdo con Sierra (citado en Vanegas 2000) tiene tres razones básicas las cuales son: la necesidad de compañía, gratificación sexual y emocional. En definitiva la relación de pareja en la adolescencia es una característica del desarrollo psicosexual, su importancia es indudable Dunphy (1983) Menciona que existen 5 estadios en donde durante el 4: Las camarillas mixtas asociadas en banda; La transformación de grupos primarios que se convierten en mixtos; para el estadio 5: La desintegración progresiva de la banda da paso a la formación de parejas más estables. Álvarez y Millán (2004) mencionan que existen siete aspectos de suma importancia en la relación de pareja: atracción física, intelectual, afectiva, comunicación, empatía, respeto y actualización</p>	<p>En esta sesión nos pudimos dar cuenta que a pesar de que varios jóvenes decían tener relaciones de pareja abiertas y “modernas”, aún existen ciertas actitudes de machismo y subordinación en ambos sexos lo cual es causado por la información e ideologías recibidas dentro del núcleo familiar En cuanto al tema de los celos comentan que estos demuestran el amor que se tiene a la pareja, las mujeres mostraron ser más celosas con su pareja y los hombres más dominantes. Les extraña el que habláramos sobre expectativas futuras pues según ellos este tema no tenía nada que ver con sexualidad; nuevamente encontramos que los adolescentes relacionan la sexualidad únicamente con ciertos temas debido a que se encuentran limitados en información por tanto su concepción de sexualidad es restringido. Conforme avanzó la sesión su interés se incremento y ellos solos fueron relacionando el tema con la sexualidad retomando sesiones anteriores para reforzar el tema. Al hacer la dinámica <i>¿Qué quiero ser cuando sea mayor?</i> al principio se veían pensativos y después de un rato comenzaron a exteriorizar entre ellos sus deseos para el futuro y se veían contentos. Al término de la sesión los asistentes tienen una visión más completa de cómo la sexualidad forma parte importante de su vida actual y futura, logrando entrelazar los conceptos vistos en otras sesiones.</p>

SESIÓN 11. ORGANIZACIONES Y CENTROS DE AYUDA.

HECHOS	MARCO TEÓRICO	COMO LO INTERPRETAMOS
<p>No se pudo visitar MEXFAM por cuestiones de tiempo.</p> <p>Se les entregó un folleto diseñado por nosotras para informarles sobre las distintas ONG a las que pueden acudir.</p> <p>Se hicieron comentarios acerca de la información que ellos tenían respecto a las ONG como MEXFAM, AMES y CORA, de la que más conocían era de MEXFAM, de ésta tenían información a medias y equivocada.</p> <p>Respondimos dudas acerca de los servicios que presta cada una de las instituciones.</p> <p>Se les recordó que era muy importante asistir a la siguiente sesión para aclarar las dudas que habían estado exponiendo en sus tarjetas de la dinámica <i>Yo soy</i>.</p>	<p>En nuestro país existen numerosas ONG'S las cuales funcionan como apoyo para erradicar cierta problemática social, para fines de este trabajo las ONG'S revisadas fueron aquellas que brindan servicios de atención a la sexualidad. Corona (citado en Aguilar ,1996) comenta que durante la década de los 60's se inicio en México un proceso por el cual la concepción sobre la sexualidad se fue modificando. En este proceso tuvieron un papel central los organismos no gubernamentales como MEXFAM, AMES y CORA que actuaron como pioneros de la educación sexual formal e informal y en la preparación de profesionales especializados.</p> <p>Algunas de las ONG'S más importantes son las siguientes: Fundación Mexicana para La Planeación Familiar (MEXFAM), Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES), Centro de Orientación para Adolescentes (CORA).</p>	<p>La falta de educación y de apertura de los medios hacia los lugares en donde se puede recibir educación sexual provoca que los adolescentes desconozcan los lugares en donde se les puede orientar para vivir una sana sexualidad. A causa de lo anterior los participantes se mostraron interesados en conocer cuales son las ONG que brindan este tipo de información así como su ubicación y servicios.</p>

SESIÓN 12. RESOLUCIÓN DE DUDAS.

HECHOS	MARCO TEÓRICO	COMO LO INTERPRETAMOS
<p>Resolución de las dudas o preguntas de la dinámica Yo soy que se fueron recolectando durante todo el curso-taller.</p> <p>Hubo muchas preguntas relacionadas con relaciones sexuales tempranas, distintos tipos de penetración, posiciones sexuales, etc.</p> <p>Elaboración de un <i>Collage</i> con un tema de su preferencia por equipo.</p> <p>El collage lo hicieron grupal finalmente, quedó muy completo, plasmaron su nueva forma de ver y sentir la sexualidad, para nosotras fue una buena señal de compañerismo ya que casi todos trabajaron en él con entusiasmo, alguno que otro se dedicó a jugar sin embargo de alguna manera participaban también.</p> <p>Se les recordó que era muy importante que asistieran a la clausura de nuestro curso-taller.</p>	<p>La resolución de dudas fue una compilación de los temas más tratados y de mayor interés entre los jóvenes de nuestra muestra por tanto en el marco teórico utilizado abarco los todos los temas del marco</p>	<p>Los participantes reflejaron interés a lo largo del taller y dijeron que deberían de darles más talleres así, en esta sesión se mostraron un poco desilusionados pues tienen más dudas sobre sexualidad y sabían que era la última sesión del taller.</p>

SESIÓN 13. EVALUACIÓN DEL CURSO TALLER POR PARTE DE LOS PARTICIPANTES, APLICACIÓN DEL POSTEST Y CLAUSURA.

HECHOS	MARCO TEÓRICO	COMO LO INTERPRETAMOS
Evaluación del curso-taller. Entrega y aplicación del posttest. Clausura y agradecimientos. Entrega de diplomas.		El grupo en general nos expresó su tristeza de ya no vernos, ya que sentían que todavía podíamos seguir tratando temas de sexualidad, se notaban inquietos y más seguros para hablar sobre el tema

6.2.1 EVALUACION DE LA DINÁMICA “YO SOY”

Desarrollo de la dinámica:

Se repartió una tarjeta a cada participante con la instrucción de que a quien le toque va a personalizar el término que dice en su tarjeta y nos va a contar su historia en primera persona. Por ejemplo: *Condón* el participante dirá.- yo soy condón y soy un método anticonceptivo, estoy hecho de látex, si me usan con cuidado tengo un 98% de efectividad.

Este juego se va adaptando a los temas del taller y así se van turnando los participantes. A las personas que les tocaron las tarjetas de comentario personal, comentaron que les pareció la sesión.

Se les pidió a los participantes con las tarjetas en blanco que en su casa pensaran que aprendieron y si tenían alguna duda que escribieran en las tarjetas ambas cosas. Se entregaron al principio de la siguiente sesión y se crearon dos periódicos murales una con las tarjetas de lo que se aprendió y otra con las dudas que fueron contestadas por el coordinador de manera oral en la sesión 12.

Sesión 2 Género, Sexo y Sexualidad.

Palabras clave: Género, sexo, sexualidad, masculino y femenino.

Se leyeron cada una de las tarjetas ante el grupo, dándonos cuenta que los conceptos fueron correctamente construidos con sus propias palabras e incluso añadieron anécdotas que reforzaban dichos conocimientos. Por lo que concluimos que la sesión fue significativa.

Sesión 3 Desarrollo biológico, la importancia del autoexamen y trastornos sexuales.

Palabras clave: Autoexamen, anatomía, fisiología, frigidez, eyaculación precoz, pene, vagina, senos, clítoris y próstata.

Se leyeron cada una de las tarjetas ante el grupo; en los conceptos de anatomía y fisiología se apoyaron grupalmente para dar respuesta a los conceptos ya que sus respuestas fueron muy concretas y sencillas, se enriquecieron con la participación grupal.

En el resto de los temas sus aportaciones fueron más completas, externan verbalmente la importancia del autoexamen y se resolvieron las dudas que expusieron sobre los trastornos sexuales.

Sesión 4 Adicciones y Sexualidad.

Palabras clave: Drogas, alcohol, sexo y consecuencias.

Dieron cada uno de los conceptos sin dificultades y correctamente, sin embargo al final externaron que es muy difícil pensar en las consecuencias cuando se están divirtiendo, aunque reconocen la importancia de actuar con responsabilidad.

Sesión 5 Agresiones sexuales y enfermedades de transmisión sexual.

Palabras clave: Abuso sexual, ETS, sífilis, gonorrea, SIDA, incesto, estupro, riesgos de contagio de ETS y riesgos de abuso sexual.

El desarrollo de los conceptos del tema de ETS fue muy sencillo pero incluyeron en él los rasgos más importantes de cada una de las enfermedades; en el tema de agresiones sexuales sus conceptos fueron acompañados de ejemplos, experiencias y preguntas, las dudas se resolvieron en el momento con la participación del coordinador y el grupo. Nos percatamos que los temas

de esta sesión aunque eran de interés para ellos les eran prácticamente desconocidos.

Sesión 6 Embarazo y Aborto.

Palabras clave: Embarazo, aborto, consecuencias del embarazo, consecuencias del aborto, mamá, papá e hijo.

En la lectura de las tarjetas sobre los temas de las consecuencias tanto en el aborto como en el embarazo resultaron controvertidas ya que por ser un grupo heterogéneo cada uno tiene una opinión diferente, sin embargo el grupo se mostró respetuoso y tolerante con cada una de las opiniones.

Durante esta sesión se favoreció el respeto y la tolerancia, así como el derecho a la decisión.

Sesión 7 Métodos anticonceptivos.

Palabras clave: Condón, salpingoclasia, vasectomía, DIU, condón femenino, parches anticonceptivos, pastilla de emergencia, inyección anticonceptiva, anticoncepción y planificación familiar.

Al realizar la lectura de las tarjetas nos percatamos que manejaban correctamente la información al realizar conceptos completos. Expresaron estar concientes de su importancia pero les resulta vergonzoso adquirirlos y pedirle a su pareja que los usen.

Sesión 8 Homosexualidad y Masturbación.

Palabras clave: Homosexualidad, lesbiana, bisexual, heterosexual, discriminación, masturbación, transexual, transgénero, culpa y deseo sexual.

La homosexualidad fue un tema en el que los conceptos fueron fácilmente manejados, el grupo expresa su aceptación hacia la sexualidad y comenta la discriminación como un problema social.

En el tema de la masturbación se construyeron conceptos correctos libres de mitos; las mujeres se mostraron inhibidas al considerarlo un tema más masculino que femenino. Se les dejó en claro que la masturbación es un tema humano y no exclusivo de un género.

Sesión 9 Autoconcepto y Asertividad.

Palabras clave: Autoconcepto, asertividad, decisión y autoestima.

Construyeron claramente cada uno de los conceptos, relacionándolos entre sí y añadiendo opiniones y experiencias propias. Comentan que es importante cómo los vean los demás pero es aún más el cómo se ven y sienten ellos mismos.

Sesión 10 Relación de pareja y expectativas futuras.

Palabras clave: Noviazgo, pareja, respeto, metas, futuro, celos, amor, comunicación y fidelidad.

De manera verbal brindaron su opinión personal respecto a los conceptos; el grupo logró entrelazar la sexualidad con sus expectativas futuras ya que externan su preocupación por el futuro y por los peligros o desventajas que pueden enfrentar si no toman las decisiones adecuadas respecto a su sexualidad.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

En México a través del tiempo, se ha discutido si es conveniente o no otorgar información sexual y si las y los adolescentes tienen derecho a ser informados y educados sexualmente; de igual manera se ha discutido sobre cuándo, cómo y quién debe educar, mientras tanto ellos y ellas enfrentan día a día la realidad en la que su sexualidad está presente y que con educación o sin ella la ejercen, lamentablemente en nuestro país ha predominado la ideología de mantenerse al margen de ella haciendo de estos actos de omisión el causante de innumerables adolescentes con enfermedades de transmisión sexual, embarazos prematuros y no deseados, abortos así como daño emocional. Por lo anterior consideramos que la educación sexual debe ser abarcada de una manera integral y en ayuda de diversos sectores de la sociedad y el Estado.

El móvil de esta investigación fue la siguiente pregunta ¿El taller de sexualidad es un facilitador para el cambio de la actitud hacia la sexualidad? Por lo que para contestarla se realizaron las siguientes acciones:

A través de un cuestionario de diagnóstico se hallaron los temas de interés de nuestra muestra respecto a la sexualidad, con base en estos resultados se realizó el diseño de un curso taller de sexualidad el cual constó de trece sesiones las cuales incluyeron los temas de mayor interés de nuestra población con la finalidad de cubrir sus principales necesidades de educación sexual; posteriormente se implementó el curso taller de sexualidad en nuestra muestra en un lapso de tiempo de cuatro meses repartido en un horario de dos horas semanales excluyendo vacaciones y días festivos, al inicio del curso taller de sexualidad se aplicó el pre-test tanto al grupo experimental como control, posterior a la implementación de curso taller de sexualidad en el grupo experimental se aplicó el post-test al grupo experimental y control evaluándose ambos de forma cuanti y cualitativamente.

En base a los resultados obtenidos en esta investigación se concluye lo siguiente:

1.- Nuestra muestra esta fielmente identificada en cuanto a personalidad se refiere ya que en el transcurso del curso taller encontramos que de acuerdo con Erickson (1939) los individuos se preocupan por lo que parecen ante los ojos de los demás así mismo pueden ser exclusivistas y crueles con aquellos que son distintos a ellos lo cual se presenta como una defensa contra una confusión en la identidad por lo que durante una situación nueva se muestra suspicaces y renuentes.

2.- Durante la aplicación del Curso taller de sexualidad encontramos que la educación sexual recibida durante su vida escolar ha sido marcadamente deficiente, pues los contenidos revisados durante las sesiones eran prácticamente desconocidos.

Muy a pesar de su falta de conocimiento en temas fundamentales de la sexualidad se muestran interesados en temas relacionados con el erotismo, así como con ciertos productos y tiendas eróticas, posiciones sexuales, etc.

3.- Los mitos y los conceptos erróneos abundaron dentro de las sesiones pues la falta de educación sexual en la propia escuela no frena su curiosidad y ellos por su cuenta buscan la información que requieren para ejercer su sexualidad acudiendo a fuentes poco confiables como lo es el Internet, amigos y familiares.

4.- El interés durante las sesiones fue constante ya que ellos mencionan que tiene pocas oportunidades de hablar de sexualidad con un adulto y este les proporcione la confianza de expresar todas y cada una de sus dudas sin censura; así como el tener la certeza de que la información recibida será veraz y objetiva. Así mismo localizamos en los asistentes una gran necesidad de que la educación sexual no solo sea impartida para ellos si no también para sus padres y familiares ya que cuando ellos requieren información o una

actitud más abierta hacia la sexualidad les es practicante imposible encontrarla en casa.

5.-Aunque la actitud de género es favorable su conducta esta influida por la ideología marcadamente machista llena de tabúes y tradicionalismo heredada por generaciones, lo cual provoca un rezago y resistencia en el ejercicio sano de la sexualidad dando una gran desventaja a las mujeres pues dentro de esta ideología las más perjudicadas son ellas; esta situación es observable durante las sesiones pues en varios temas el grupo mostró una forma de pensamiento fuertemente influenciada por una educación machista. Tal es el caso de los celos en donde las mujeres mencionan que el amor esta relacionado con ellos; así mismo en los métodos anticonceptivos las mujeres mencionan que les da vergüenza pedir a sus parejas que usen condón por temor a verse muy experimentadas en cuestiones sexuales, por tanto a pesar de que su actitud hacia el tema de genero no es desfavorable es importante reforzarlo para decrementar conductas sexistas

6.- La baja autoestima y la falta de asertividad estuvieron presentes en gran parte de nuestra muestra, afectando lo anterior en su toma de decisiones no excluyendo las sexuales, dejando vulnerable así aquellos adolescentes que carecen de estos importantísimos elementos los cuales no son tratados ni reforzados en la casa o la escuela.

7.- Al termino del curso taller de sexualidad se aplicó el post test al grupo control y experimental; los datos arrojados fueron analizados cuanti y cualitativamente teniendo como resultado la mejora de la actitud hacia la sexualidad en el grupo que recibió el curso taller de sexualidad, en el grupo control no se presentaron cambios significativos.

Por lo anterior concluimos que se ejerce violencia por omisión al no impartir educación sexual integral, veraz y suficiente, por ende se viola el derecho a ella (el cual esta especificado en el art. 7º de la ley general de educación y en el 63º,67º y 112º de la ley general de salud) y se permiten las consecuencias que se derivan de estas omisiones; la falta de educación sexual no solo provoca

enfermedades de transmisión sexual, embarazos precoces y no deseados, abortos, etc., si no que también tiene grandes consecuencias sociales como son la violencia intrafamiliar, agresiones sexuales, misoginia y desigualdad de género.

Lo anterior se encuentra indiscutiblemente aunado a que las universidades encargadas de la formación de especialistas en la educación omiten y segregan de su currículo materias que se relacionan con temas de sexualidad; dejando así la preparación de educadores sexuales a la deriva.

Así mismo el acceso a la educación sexual es un privilegio para ciertos sectores de la sociedad pues ésta es presentada vía televisión privada en programas como “válvula de escape”, “kiu”, “hablando de sexo con el Dr. Drew” por mencionar algunos, por otro lado los medios impresos también ofrecen alternativas para la educación sexual editando revistas de edición especial de sexo, las cuales tienden a tener precios elevados; tal situación margina a la población carecen de recurso económicos.

Alcances y limitaciones

Alcances

Se logró establecer un ambiente de confianza y respeto necesario para realizar el curso taller de sexualidad, por tanto la participación se mantuvo presente en todo el curso.

Se revisaron todos y cada uno de los conceptos por tanto se brindaron los conocimientos de sexualidad que les interesaba de acuerdo al diagnóstico realizado.

Se logró mantener el interés del grupo (reflejado en la baja tasa de ausentismo).

Se les brindaron bases para posteriormente seguir buscando información sobre diversos temas de sexualidad así como conocimientos fundamentales para conocer su sexualidad.

Se logró un cambio significativo de actitudes hacia la sexualidad de forma positiva en nuestro grupo control.

Limitaciones

El contexto y las experiencias personales pueden ser factores de modificación en las actitudes hacia la sexualidad. Por lo que el curso-taller no es determinante en cuanto a cambios permanentes de actitud hacia la misma.

No se va a dar seguimiento por tanto no habrá reforzamiento de la información impartida, ni tendremos conocimientos sobre sus futuras actitudes y conductas sexuales.

Debido a la falta de tiempo y a la planeación del curso taller de sexualidad no se profundizó lo necesario en los temas de: enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, autoestima, asertividad y expectativas futuras.

Nuestras posibilidades económicas restringió el uso de mejores materiales didácticos.

Recomendaciones

Profundizar sobre las consecuencias emocionales en los temas de: relaciones sexuales, embarazo, aborto y enfermedades de transmisión sexual; ya que estos temas no solo deben informativos si no también formativos.

Añadir el tema de descripción anatómica y fisiológica del hombre y la mujer antes, durante y después de las relaciones sexuales, así como la fisiología del

orgasmo; ya que nuestra muestra durante la sesión de anatomía expresaron sus dudas respecto a los temas antes mencionados.

Reforzar autoestima, asertividad y relación de pareja ya que estos temas no solo serán aplicados en el área de la sexualidad, si no que fomentan un sano desarrollo emocional.

Incluir el tema de alternativas para el placer: sexo anal, oral y masturbación mutua, ya que nos percatamos de estas actividades sexuales a través de la dinámica “Yo soy” en donde externaron preguntas como: ¿Si tengo sexo anal puedo quedar embarazada? ¿Me puedo contagiar de sida si hago el sexo oral a mi novia/o? ¿Es verdad que puedo quedar embarazada si mi novio se “viene” (refiriéndose a la eyaculación) cerca de mi vagina, aunque no me penetre? Por tanto consideramos que se debe brindar información general respecto a estas, con la finalidad de prevenir ETS así como embarazos prematuros y no deseados.

Extender el capítulo de enfermedades de transmisión sexual en específico papiloma humano y VIH, ya que existieron muchas dudas respecto al tema y debido a la planeación del curso taller no fue suficiente el tiempo para resolverlas.

Ampliar la sesión de métodos anticonceptivos en específico sobre la pastilla anticonceptiva de emergencia ya que a pesar de que les brindo la información sobre ésta, algunos continuaron rechazando su uso.

Añadir una sesión en donde se motive a los adolescentes a compartir la información adquirida durante la sesiones con familiares, compañeros y amigos.

REFERENCIAS

- Aguilar Gil, J. y Mayén H. (1996). **Hablemos de Sexualidad**. México: Conapo, Mexfam.
- Aguilar, J. A. Pick, S. Rodríguez, G. (1993). **Planeando tu vida: Programa de Educación Sexual para la vida**. México: Planeta.
- Aguilar, Kubli. E. (1987) **Se tu mismo sin sentirte culpable**. México: Pax.
- Aguirre, A. (1996). **Psicología del adolescente**. Colombia: Alfaomega.
- Ajzen, I. y Fishbein, (1977). **“Actitud-behavior relations a theoretical análisis and review of empirical research”**, Psychological Bulletin 84 (5)
- Aller Atucha, L. M. (1991). **La Sexualidad Humana**. Buenos Aires Argentina: Galena.
- Alvarez, G. J. y Millan A. P. (2004). **Sexualidad los jóvenes preguntan**. México: Paidós.
- Amado, S. (1995). **Lecciones de dermatología**. México: Méndez Editores, S.A de C. V.
- Anaya, C. Delgado, D. López, A. Zubieta, B. Zúñiga, E. (2000). **Cuadernos de salud reproductiva del D.F.** México: CONAPO.
- Archundia, M. (2006, septiembre 24). Capitalinos tienen vida sexual temprana. El Universal, pág. C4.
- Balcazar, N. González, M.A. Martínez, R. Matsui, O. Mendoza, P. Pozos, E. Villaseñor, M. (2001) La educación sexual y las expectativas de los jóvenes universitarios. **Revista educar**. (Num. 17) abril-junio.
- Barella, J. Mesa, I. Cobeña M. (2002) Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. (consulta marzo del 2007) **<http://www.samfyc.es/revista/pdf/v3n4/06.pdf>**
- Barragán Medeo, F. (1997). **La Educación Sexual: Guía Teórica y Práctica**. España: Paidós.
- Barroso, A. Daroqui, P. Díaz, G. M. Hernández, C. Romero, A. Novo, M. Sexualidad en la adolescencia. **Congreso Nacional ordinario de pediatría de la A.E.P.** 14-17 de Julio en el 2000.
- Blos, P. (1971). **Psicoanálisis de la adolescencia**. México: Mortiz
- Bolívar, A. (1995) **Los contenidos actitudinales en el currículo de la reforma**. España: Editorial Escuela Española.

- Braden, N. (1998). **Cómo mejorar su autoestima.** México: Paidós.
- Bronfman, M. Del Rio, C. Gómez, H. Izazola, A. Muñiz, M. Rico, B. y Uribe, P. (1994). **Cuadernos de salud.** México: Consejo editorial.
- Carrancá, R. Rivas, y Trujillo. (2003). **Código penal anotado.** México: Paidós.
- Carrobes, J. Sanz, A. (1958) **Disfunciones sexuales: análisis y modificaciones de la conducta.** España: UNEP.
- Castañeda, M. (1999). **La Experiencia homosexual. Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera.** México: Paidós.
- Castellanos, A. (1999). **Sexualidad y Género.** México: Colección Mesa Redonda Magisterio.
- Center for Reproductive Rights, **The World's Abortion Law 2003**, New York, 2003.
- CONAPO, (1982). **La Educación de la Sexualidad Humana.** México.
- CONAPO (1998). **Proyecciones de población en México.** México: CONAPO.
- Crespo, E. (1991) **Representaciones sociales y actitudes: Una visión periférica.** México: Fernández Villanueva.
- Cueli García, J. (1992). **Erikson, en: Teorías de la Personalidad.** México: Trillas.
- Dupin, P. Hedan F. (2001). **La Sexualidad Femenina.** Siglo veintiuno editores.
- Flores, C. R. (2000). **Imagen y percepción de la educación sexual.** (1ra. ed.). México: UPN
- García B. J, Figueroa P. J, Reyes Z. H, Brindis C, Pérez P. G. (1993) Características Reproductivas de adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México. **Salud Pública de México, Vol.35**(Num. 6), pág. 85 -91.
- García B. J, Figueroa P. J. (1992) Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. **Salud Pública de México. Vol. 34.** (Num. 4), pág. 13-26.
- Giménez, M. (2002). **Judaísmo, Psicoanálisis y Sexualidad Femenina.** Argentina: Anthorpos.
- Giroux, H. (1992). **Teoría y resistencia en educación.** México: Ed. S. XXI
- González Ruiz, E. (1994). **Conservadurismo y Sexualidad.** (1ra. ed.) . México: Rayuela.
- Gonzalez, G. C. Rojas, M. R. Hernández, S. M. I. Olaiz, F. G. (2000) perfil del

comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad **Salud Pública de México Vol. 47.** (3), pág..209-218.

González Montes, S. (1999). **Las Organizaciones No Gubernamentales Mexicanas y La Salud Reproductiva** México: Colegio de México.

Guzma, M. (1998). **Diagnóstico de Salud Sexual y reproductiva de Adolescentes en América Latina** UNFPA para América Latina y el Caribe.

Hayman, S. (1995) **Guía de los métodos anticonceptivos. Los pros y los contras de cada opción.** México, Paidós.

Hernández, R. (2003). **Metodología de la Investigación** México: Mc-Graw-Hill, tercera edición.

Hiriart Riedeman, V. (1999). **Educación sexual en la escuela.** (1ª. Ed.) México: Paidós.

Instituto nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). **Resultados definitivos del Xii Censo General de Población en México.** México, D.F.

Kaplan Singer, H. (1978).**La nueva Terapia Sexual 2** (6ª. reimpresión). Alianza Editorial 2.

Katchadourian, H. y Lunde, D. (1979). **Las bases de la sexualidad humana.** México: Compañía editorial continental, S.A.

Kulczyki, A. (2003). **“De eso no se habla” aceptando el aborto en México.** (1ra. ed.). México: El Colegio de México.

Lahalle, H. (1986). **Psicología de los adolescentes.** México: Grijalbo.

Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos. (2002). **DSM-IV.** México: Masson.

Manual de capacitación. 2002, **“Campaña amor es sin violencia para la prevención de noviazgos violentos”.** México.

McKinney Jhon, P. (1992). **Psicología del Desarrollo: Edad Adolescente.** México: Manual Moderno.

Micher C. J.M, Silva B. J.S. (1997). Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para ITS. **Revista SIDA-ITS,Vol.3** pág. 68-73.

Morales, P. (Coord.) (1999). **Psicología social.** Madrid España: Mc. Graw Hill.

Morales, P. (2000). **Medición de actitudes en psicología y educación.** Madrid: Universidad pontificia de Comillas.

Munist. M., Giurdan, M. y BROS, J. (1995). **Factores relacionados con la fecundidad en la adolescencia.** La Salud del adolescente y del joven. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Oerter, R. (1980). **Moderna Psicología del Desarrollo.** Barcelona: Mc-Graw-Hill.

Organización Mundial de la Salud, Anticoncepción de Emergencia, Guía para la prestación de servicios, (consulta: 30 de agosto de 2005) en **[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/spanish .../FPP 98 19 chapter/sp.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/spanish.../FPP_98_19_chapter/sp.html)**

Orr, D. P. y Cols. (1991). **Premature sexual activity as an indicator of Psychosocial risk.** *Pediatry*

Ortiz Tallo, M. (1998). **La Sexualidad Femenina reflexión y Experiencias.** México: Aljibe.

Palacios, J. (1990). **¿Qué es la adolescencia?** Madrid: Alianza.

Pérez Fernández, C. (2002). **Antología de la sexualidad II, III.** (1ª. Reimpresión) México: Conapo/Porrúa.

Pick de Weiss, S. (1985) **Planeando tu vida. Programa de educación sexual para adolescentes.** México: Pax.

Pick de Weiss, S. (1987) Actitudes, conocimientos y conductas de planificación familiar en México: Una década de investigación psicosocial (1975-1985). **Revista mexicana de psicología , Vol. 3** (2), 155-160.

Pick de Weiss, S., Atkin, L.C., Gribble, J. y Andrade-Palos, P. (1991) **Sex, Contraception and pregnancy among adolescents in Mexico City. Studies in Family Planning.** 22 (2), 74-82.

Pick de Weiss, S. Vargas T, E. (1995). **Cuentos Chinos: Sobre Sexualidad y otras cositas.** México: Planeta.

Pick de Weiss, S. (1995). **Yo Adolescente.** México: Planeta.

Pineda T. Ramos M. Frías M. Cantú P. (2000) **Encuesta sobre Salud Reproductiva en estudiantes adolescentes de educación Media Superior en Monterrey N.L. (México), Vol.1** (núm. 4).

Ramos, J. (2002), **Un encuentro con el Placer. La Masturbación Femenina.** Madrid: Espasa-Calpe.

Reinisch, J. Beasley, R. (1992) **Nuevo informe Kinsey sobre sexo.** Barcelona: Paidós

Roma Pérez, R. (2002). **Del Primer Vals al primer bebé: Vivencias de embarazo en jovencitas**. México: SEP.

R. Wiltz, H. (1998). **Todo sobre su salud sexual**. EE.UU.: Colegio Interamericano de Médicos y Cirujanos.

Sampieri, R. Fernández Collado, C. Baptista Lucio, P. (1991) **Metodología de la investigación**. México: Mc Graw Hill.

Secretaria de Salud. Dirección General de salud Reproductiva. (2002). **El derecho a la libre decisión en salud reproductiva**. México.

SEP. (2000). **Sexualidad Infantil y juvenil Nociones introductorias para maestras y maestros de educación básica**. México, D.F. SEP

Schneider, J. (2004) Cómo hacerse un autoexamen mamario y testicular (consulta: 23 de octubre del 2006) en: <http://www.kdshealth.org/parent/misc/reviewers.html>.

Silber, T. (1992). **Manual de Medicina de la Adolescencia: Organización Panamericana de la salud**. México: Planeta.

Stern, C. (1997). **Pubertad y Embarazo: Aspectos sociodemográficos y culturales**. México: Laboratorio Serono.

Summers, G. (1976) **Medición de actitudes**. México: Trillas.

Szasz, I. y Lerner, S. (1998). **Sexualidad en México, algunas aproximaciones desde la perspectiva de las Ciencias Sociales**. México: El Colegio de México.

Tórtora, G. y Nicholas, P. A. (2000). **Principios de anatomía y fisiología**. México: Harla.

Usher, R. Bryant, I. (1989). **La educación de adultos como teoría, práctica e investigación**. Madrid: Morata

Vanegas, J. (2000). **Estrategias Metodológicas para talleres de Sexualidad**. (2da. ed.) México: Manual Moderno.

Villaseñor, S.A. Caballero, H.R. Hidalgo, A. Santos, (2003) Conocimiento objetivo y subjetivo sobre VIH/SIDA como predictor del uso del condón en adolescentes. **Salud Pública de México Vol. 45**. (suplemento 1 del 2003), pág.73-80.

Vygotski, L. (1996). **El Desarrollo de los procesos Psicológicos Superiores**. Barcelona: Grijalbo.

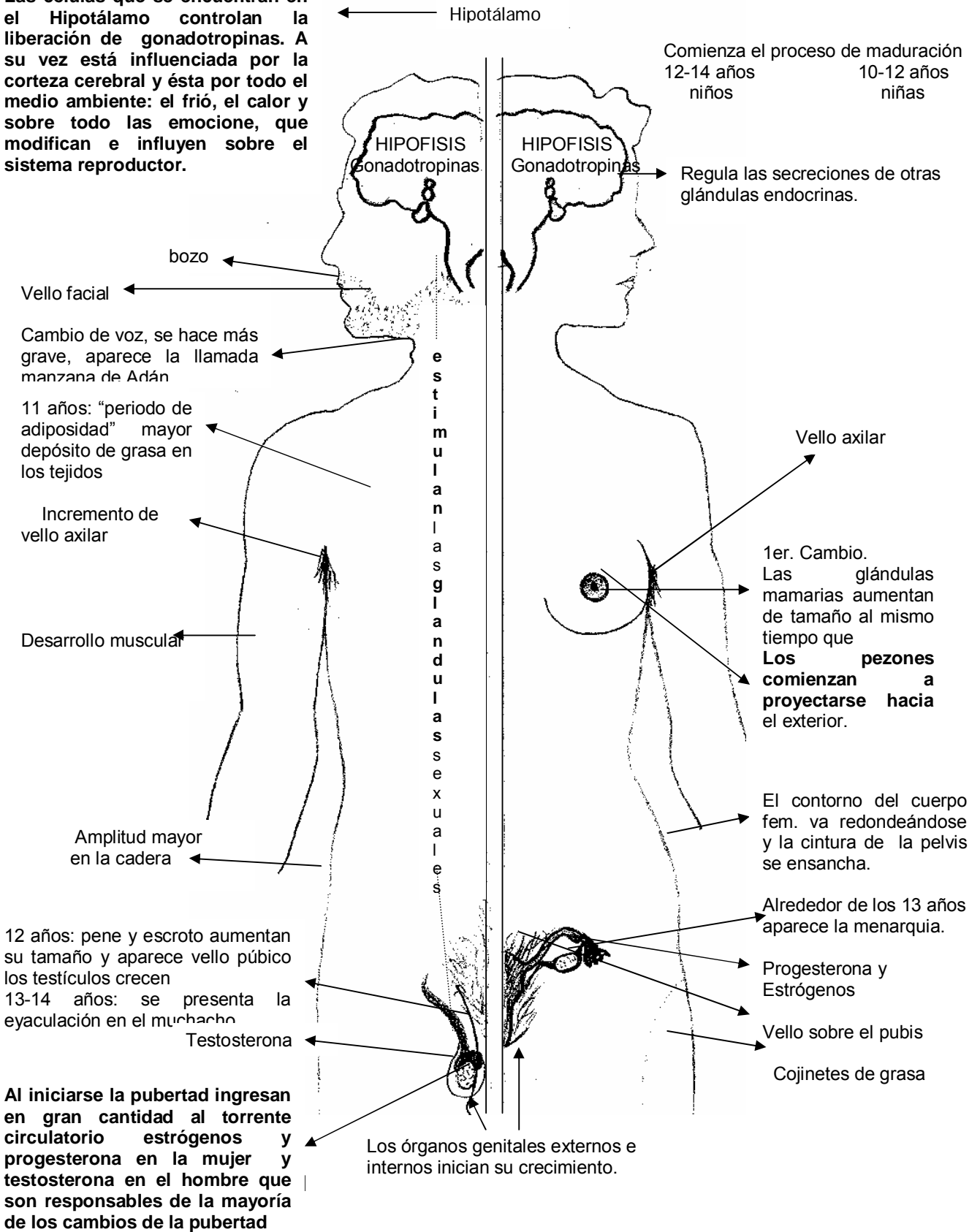
Worchel, S. y Cooper, J. (2004). **Psicología Social**. Madrid.

Zulliger, H. (1997). **La pubertad de las muchachas**. Madrid: Biblioteca de psicología Herder.

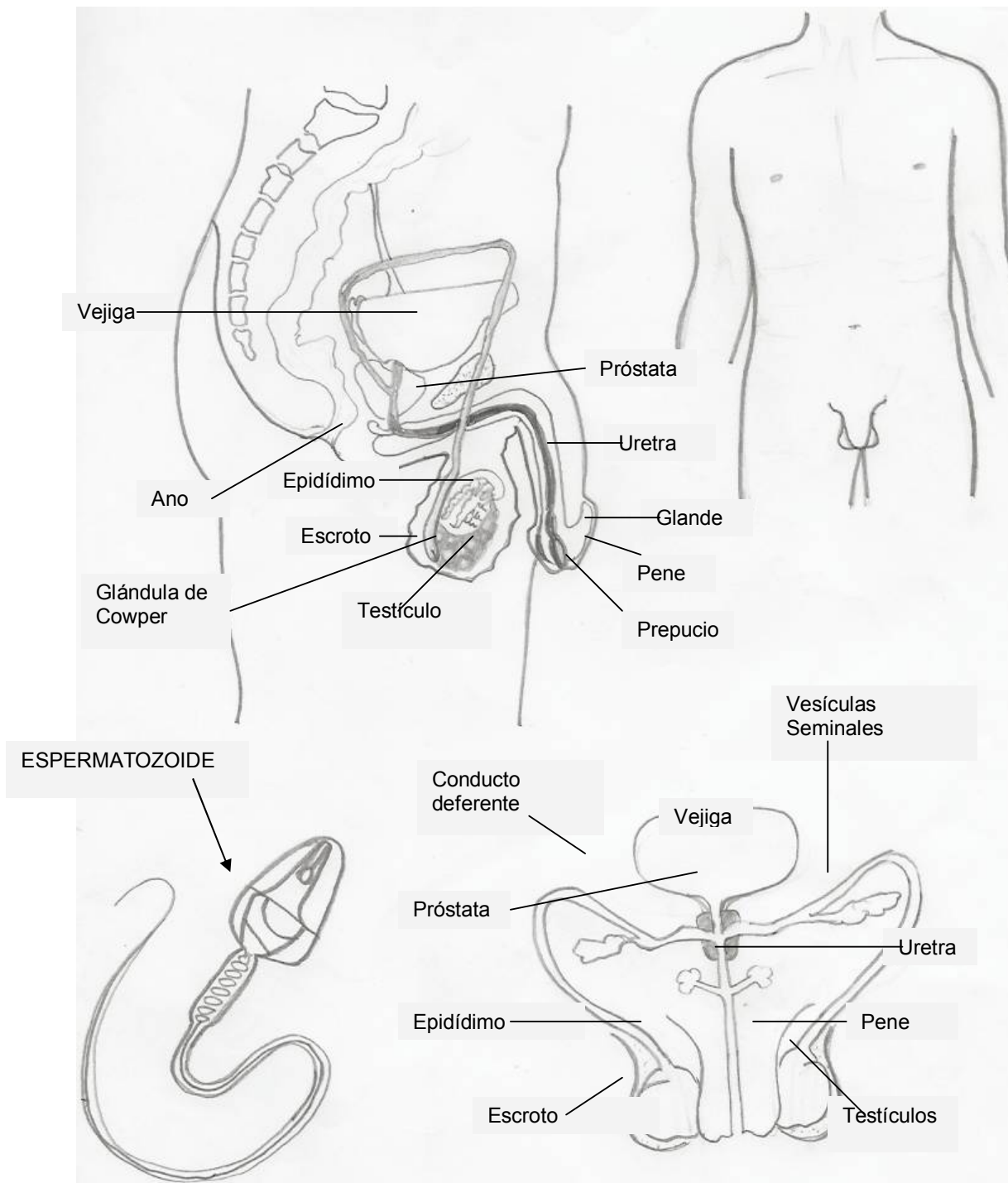
APÉNDICES

Esquema 1. Pubertad

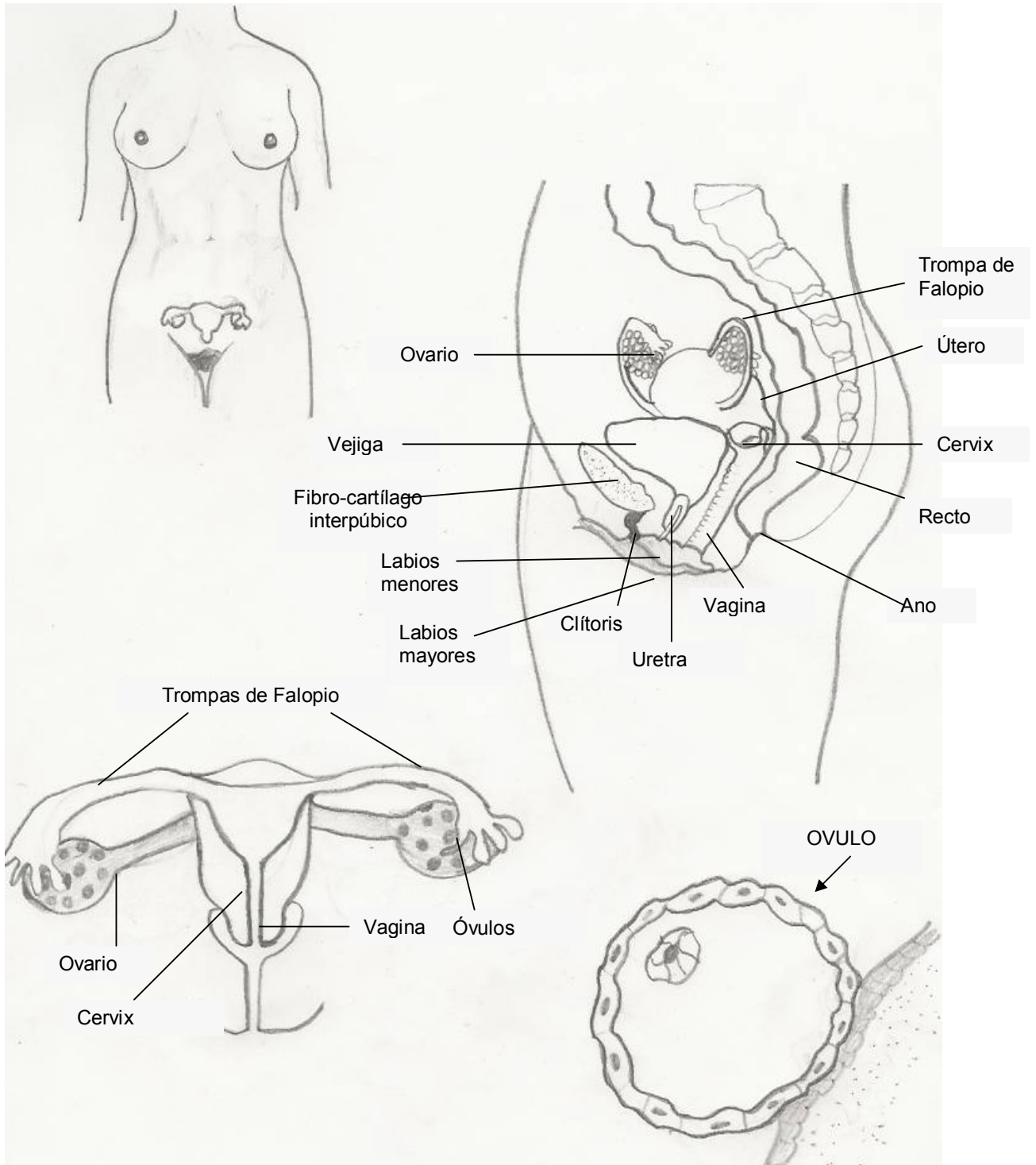
Las células que se encuentran en el **Hipotálamo** controlan la liberación de gonadotropinas. A su vez está influenciada por la corteza cerebral y ésta por todo el medio ambiente: el frío, el calor y sobre todo las emociones, que modifican e influyen sobre el sistema reproductor.



Esquema 2. Órganos sexuales masculinos.



Esquema 3. Órganos Sexuales Femeninos



Cuadro 1

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS			
MÉTODOS PARA HOMBRES			
MÉTODO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	EFFECTOS SECUNDARIOS
<p>CONDÓN</p> <p>Sólo 2 de cada 100 condones llegan a tener defectos. Cuando los varones usan el condón correctamente siempre que tienen relaciones sexuales, sólo uno de cada 33 embaraza a su pareja.</p> <p>También existe el condón femenino.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☺ Su uso y su compra no requieren receta médica. ☺ Es relativamente barato. ☺ Si se usa correctamente es poco probable que falle. ☺ Da oportunidad al hombre de participar en la planificación familiar. ☺ Es el único método que previene Infecciones de Transmisión Sexual. ☺ Puede ser usado por hombres de cualquier edad. ☺ Da seguridad a la pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ En algunos hombres su uso puede resultar molesto por sentir que interrumpe el juego amoroso. ☹ Exige que el varón sepa usarlo correctamente. ☹ Algunas personas consideran inmoral el uso del condón. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ No tiene riesgo para la salud. ☛ En casos muy raros puede llegar a producirse alergia al látex.

<p>RETIRO O COITUS INTERRUPTUS</p> <p>Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación. En aproximadamente 20 de cada 100 parejas que utilizan el retiro a lo largo de un año puede suceder un embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☺ No representa ningún costo. ☺ No tiene riesgos para la salud. ☺ Puede usarse junto con óvulos espermicidas para mayor efectividad. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Exige control absoluto del varón sobre la eyaculación. ☹ Interfiere con el acto sexual. ☹ Causa tensión y ansiedad con respecto a ser capaz de retirarse a tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ La insatisfacción que se produce por tener que interrumpir la relación en el momento de la eyaculación.
<p>VASECTOMÍA</p> <p>Es el corte que se realiza en los conductos deferentes. Sólo uno de cada 1, 000 varones que se opera embaraza a su pareja.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☺ Es el método para varones más seguro que existe. ☺ No interfiere con las relaciones sexuales y éstas se pueden seguir disfrutando. ☺ La operación es sencilla y poco riesgosa. ☺ Existe eyaculación sin que haya espermatozoides en el líquido seminal. ☺ No se pierde potencia sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Es un método definitivo. Una vez realizada el varón ya no podrá tener hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Ninguno comprobado.
<p>RECOMENDACIÓN: En los tres meses siguientes a la operación se debe usar algún otro método anticonceptivo porque aún habrá espermatozoides en el líquido seminal y puede ocurrir un embarazo.</p>			

MÉTODOS QUE REQUIEREN LA PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA			
MÉTODO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	EFFECTOS SECUNDARIOS
<p style="text-align: center;">RITMO</p> <p>Este método requiere que se observe durante un período de 6 a 8 meses la duración de los ciclos menstruales, con la finalidad de determinar el día de máxima fertilidad. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales tres días antes y cuatro después de esa fecha. Aproximadamente en 20 de cada 100 parejas que utilizan este método durante un año, se produce un embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☺ No tiene ningún costo. ☺ No causa complicaciones médicas. ☺ Involucra al varón en la planificación familiar, ya que él debe estar de acuerdo en la abstinencia durante el período fértil. ☺ Es aceptado por algunas religiones. 	<ul style="list-style-type: none"> ☺ Es muy inseguro principalmente para mujeres muy jóvenes porque los días fértiles son difíciles de precisar y sus ciclos menstruales pueden ser muy irregulares. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Ninguno.

<p>METODO DEL MOCO CERVICAL O BILLINGS</p> <p>Requiere de la observación de la secreción natural que tiene la mujer a lo largo del ciclo menstrual. En los días más fértiles esta secreción tiene una consistencia parecida a la clara de huevo y se deben evitar las relaciones.</p> <p>Aproximadamente en 20 de 100 parejas que utilizan este método durante un año se puede producir un embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☺ No tiene ningún costo. ☺ No causa complicaciones médicas. ☺ Involucra al varón en la planificación familiar, ya que él debe estar de acuerdo en la abstinencia durante el período fértil. ☺ Es aceptado por algunas religiones. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Es inseguro principalmente porque hay mujeres que sienten rechazo a tocarse los genitales y les resulta desagradable tomar una muestra de la secreción vaginal en los dedos, o bien porque no saben diferenciar la consistencia de la secreción o flujo. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Ninguno.
<p>TEMPERATURA BASAL</p> <p>Consiste en la medición diaria de la temperatura de la mujer inmediatamente después de despertarse y antes de hacer otra cosa. La medición más segura es por vía rectal o en la boca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☺ No tiene ningún costo. ☺ No causa complicaciones médicas. ☺ Involucra al varón en la planificación familiar, ya que él debe estar de acuerdo en la abstinencia durante el período fértil. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Es inseguro porque se recomienda tomar la temperatura con un termómetro especial y saber hacer gráficas. ☹ Requiere mucha exactitud. ☹ La temperatura puede variar por muchas causas, por ejemplo una gripe. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Ninguno.

<p>La indicación de riesgo de embarazo será la elevación de la temperatura alrededor de medio grado. Durante los tres días siguientes a la elevación deberán evitarse las relaciones sexuales. Aproximadamente en 20 de cada 100 parejas que utilizan este método durante un año se puede producir un embarazo.</p>	<p>☺ Es aceptado por algunas religiones.</p>		
---	--	--	--

METODOS PARA MUJERES			
METODO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	EFECTOS SECUNDARIOS
<p>PILDORA</p> <p>Son anticonceptivos que están elaborados con sustancias parecidas a las hormonas de la mujer y actúan evitando que los óvulos maduren.</p> <p>De 100 mujeres que utilizan las pastillas durante un año, se espera que solo 2 se embaracen. Es muy importante seguir las instrucciones al pie de la letra.</p>	<p>☺ Brindan una protección efectiva sí se usan correctamente.</p> <p>☺ Se puede lograr un embarazo al dejar de tomar las pastillas.</p> <p>☺ No interfiere con el acto sexual.</p>	<p>☹ Se requiere motivación de la mujer para tomar la pastilla.</p> <p>☹ Un olvido puede dar lugar a un embarazo.</p> <p>☹ Requiere consultar al médico.</p> <p>☹ En la mayoría de los casos representan un gasto mensual.</p>	<p>☹ NO deben usarlas las mujeres que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tienen la presión alta. ➤ Tienen dolores de cabeza muy intensos y frecuentes. ➤ Tienen más de 35 años y fuman 20 cigarros al día. ➤ Padecen o han padecido enfermedades del hígado. ➤ Padecen o han padecido enfermedades del corazón.

<p style="text-align: center;">INYECCIONES</p> <p>Son anticonceptivos que están elaborados con sustancias parecidas a las hormonas de la mujer y actúan evitando que los óvulos maduren.</p> <p>De 200 mujeres que utilizan las inyecciones durante un año, se espera que solo ocurra un embarazo. Es muy importante seguir las instrucciones al pie de la letra.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☺ Brindan una protección efectiva si se usan correctamente. ☺ Se puede lograr un embarazo al dejar de ponerse la inyección. ☺ No interfiere con el acto sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Se requiere motivación de la mujer para ponerse la inyección. ☹ Un olvido puede dar lugar a un embarazo. ☺ Requiere consultar al médico. ☺ En la mayoría de los casos representan un gasto mensual 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ NO deben usarlas las mujeres que: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tienen la presión alta. ➤ Tienen dolores de cabeza muy intenso y frecuente. ➤ Tienen más de 35 años y fuman 20 cigarrillos al día. ➤ Padecen o han padecido enfermedades del hígado. ➤ Padecen o han padecido enfermedades del corazón.
<p style="text-align: center;">DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)</p> <p>La presencia del DIU evitará que los espermatozoides se encuentren con el óvulo. De 125 mujeres que utilizan el DIU durante un año aproximadamente 1 podría quedar embarazada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☺ Una vez insertado puede permanecer dentro del útero hasta por diez años. Es indispensable que sea revisado por el médico cada seis meses. ☺ No interfiere con las relaciones sexuales. ☺ Cuando se retira, se puede producir un embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ La colocación puede ser dolorosa. Puede causar cólicos y molestias durante la menstruación. ☹ Puede moverse o ser expulsado sin que la mujer se dé cuenta, por lo que deja de brindar protección anticonceptiva. ☹ Puede producir sangrados menstruales más 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ NO deben usar este método las mujeres que: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tienen cólicos muy intensos antes o durante la menstruación. ➤ Tienen sangrados menstruales muy abundantes. ➤ Tienen alguna infección vaginal. ➤ Sospechan que están embarazadas. ➤ Tienen alguna

		abundantes.	enfermedad en el útero, (por ejemplo: quistes).
<p>ÓVULOS ESPERMATICIDAS</p> <p>Son supositorios que se insertan en la vagina y que al disolverse forman una barrera que mata a los espermatozoides. Aproximadamente 16 de cada 100 mujeres que usa este método durante un año pueden quedar embarazadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☺ Se pueden comprar sin receta médica. ☺ Su aplicación no requiere de una habilidad especial. ☺ Sí se usan cuando el varón utiliza el condón son más eficaces (sólo 6 de cada 100, pueden quedar embarazadas). 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Su aplicación puede interrumpir el acto sexual. ☹ Se requiere motivación para usarlos cada vez que se tienen relaciones sexuales. ☹ En climas cálidos el espermaticida puede derretirse en el sobre. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ No tiene riesgos para la salud. En casos muy raros puede llegar a producirse alergia al compuesto espermaticida.
<p>PILDORA DE LA MAÑANA SIGUIENTE</p> <p>Es útil ante una emergencia en la que se tuvo relaciones sin algún método anticonceptivo. Funcionan hasta 72 horas después de tener el contacto sexual.</p> <p>De cada 100 mujeres que utilizan este método a lo largo de una año, se embarazan 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☺ Es útil ante una emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Se recomienda usarlo solo una vez. ☹ No puede ser considerado un método de uso constante. ☹ No es aceptado por algunas religiones. ☹ En algunos casos puede causar confusión en la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Si se usa sólo una vez no presenta ningún riesgo físico. ☹ Si se usa frecuentemente provoca sangrados muy intensos y problemas físicos.
<p>LIGADURA DE TROMPAS (SALPINGOCLASIA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☺ Es el método más seguro. 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Es un método definitivo 	<ul style="list-style-type: none"> ☹ Pueden llegar a producirse algunas

<p>Cuando la operación es bien realizada es casi imposible que pueda producirse un embarazo. Se ha visto que sólo en 5 de cada 1,000 mujeres que se operan ocurre un embarazo.</p>	<p>☺ No interfiere con el acto sexual. ☺ La operación no es riesgosa.</p>	<p>☹ Una vez realizada la operación, la mujer ya no podrá tener hijos, pero podrá seguir disfrutando las relaciones sexuales.</p>	<p>complicaciones después de la operación.</p>
--	---	---	--

Cuadro 2
Programa del Curso Taller de Sexualidad

Sesión	Tema	Objetivo	Estrategia	Material	Tiempo	Evaluación
1	Presentación	- Fomentar un ambiente de respeto y armonía para la realización del taller.	-Dinámica de percepción (no.2)	-Cartulina con mancha de colores para dinámica de percepción.	25 min.	-Se observará: -La participación De los compañeros al momento en que los demás se presenten. -Atención que se preste a los demás compañeros. -Se puntuaran los tests.
		-Conocer a los participantes del grupo.	-Dinámica: Mi nombre (no. 3)	- Cartulinas partidas a la mitad con un romboide central, lápiz, goma y colores para pintar.	50 min.	
	-Aplicación de pretest	-Conocer que es lo que saben los participantes acerca del tema de sexualidad.	-Se dará un Pretest a cada uno de los participantes y se leerán las instrucciones para todo el grupo. Se contestará de manera individual.	- 1 pretest para cada uno de los participantes	35 min.	
2	-Genero	-Ver que es lo que saben o piensan acerca del tema de género. -Clarificar el concepto de género y el rol que juegan el hombre y la mujer en la sociedad.	- Dinámica de Role Playing (no.4)	-Cartulinas, papel china, tijeras, pegamento blanco, pinturas, cinta adhesiva.	40 min.	Se observará: -Qué actúan para ver que saben sobre el tema de género. -Participación y colaboración.
	-Sexo y Sexualidad	-Conocer las diferencias entre sexo y sexualidad.	- Dinámica Lluvia de ideas (no. 5)	-Papel rotafolio, marcadores	35 min.	
		- Definir que es sexo y sexualidad	El coordinador dará la definición de género, sexo y sexualidad.		20 min.	

			- Dinámica: Yo soy (no.1)	-Tarjetas con palabras relacionadas con el tema de hoy, unas en blanco y dos que digan "comentario personal".	25 min.	Palabras para la dinámica Yo soy: 1- Genero 2- Sexo 3- Sexualidad 4- Masculino 5- Femenino
			-Dinámica: Bebé Huevo (no.6) (Se completara en la sesión 10)	- 1 huevo crudo por parejas. Cada quien lo vestirá.	10	
3	-Desarrollo biológico	-Reforzar los conocimientos que tienen al respecto.	- Dinámica: Anatomía y fisiología. (no.7)	- Dibujo de los genitales para cada participante y uno grande para el pizarrón.	30 min.	Palabras para la dinámica yo soy:
	-La importancia del autoexamen	-Que los adolescentes sepan como realizar un autoexamen de sus órganos sexuales	-El coordinador dará una explicación de cómo se debe hacer y de la importancia del autoexamen	- Información impresa, láminas.	35 Min.	1. Autoexamen 2. Anatomía 3. Fisiología 4. Frigidez 5. Eyaculación

	-Disfunciones sexuales	-Brindar información que posibilite formular una explicación tentativa con respecto a las disfunciones sexuales.	- El coordinador explicará las diferentes disfunciones sexuales femeninas y masculinas - Dinámica: Yo soy (no.1)	- Información impresa -Tarjetas con palabras relacionadas con el tema de hoy, unas en blanco y cinco que digan "comentario personal".	35 Min. 20 min.	precoz 6. Pene 7. Vagina 8. Senos 9. Clítoris 10. Próstata
4	-Adicciones y sexualidad	Concienciar a los jóvenes de las consecuencias que acarrea el tener relaciones sexuales bajo los efectos de cualquier estupefaciente	-Se proyectará la película Kids Vidas Perdidas -Se preguntará a los participantes su opinión y comentarios acerca de la película. - Dinámica: Yo soy (no. 1)	- Material audiovisual y película. (Ver detalles en la pagina 186) -Tarjetas con palabras relacionadas con el tema de hoy, unas en blanco y cinco que digan "comentario personal".	95 min. 15 min. 10 min.	Palabras para la dinámica yo soy: 1. Drogas 2. Alcohol 3. Sexo 4. Consecuencias
5	-Abuso sexual	-Que los jóvenes sepan que es el abuso sexual y que hacer en caso de sufrirlo.	-El coordinador explicara que medidas tomar en caso de abuso sexual.	-Información impresa	30 min.	Palabras para la dinámica yo soy: 1. Abuso sexual 2. ITS 3. Sífilis 4. Gonorrea 5. SIDA 6. Actitud
	-ITS	-Estimular el cambio de comportamiento sexual que expone al riesgo de adquirir ITS.	Dinámica: Cacería de firmas (no.8)	-Hojas de 9 x 9, lápices	20 min.	

		-Que conozcan las ITS, forma en que se contagian, síntomas, prevención y analizar las actitudes ante las ITS.	-Dinámica: Si esto pasara yo (no. 9) - Dinámica: Yo soy (no.1)	-Papel bond, plumones, copias con la información de las enfermedades. (Folleto ITS) -Tarjetas con palabras relacionadas con el tema de hoy, unas en blanco y cinco que digan "comentario personal".	50 min. 20 min.	7. Incesto 8. Estupro 9. Riesgos de contagio de ITS 10. Riesgos de abuso sexual
6	-Embarazo	-Que conozcan lo que puede ocurrir al iniciar una vida sexual activa y la responsabilidad que esto implica.	-Dinámica: Jugando a mamás y papás (no.10) (complemento de la dinámica: Bebé huevo (no.6))	-Hojas tamaño carta, lápices	40 min.	Palabras para la dinámica yo soy: 1. Embarazo 2. Aborto 3. Consecuencias del embarazo 4. Consecuencias del aborto 5. Mamá 6. Papá 7. Hijo
	-Aborto	-Conocer las impresiones de los participantes acerca de los videos proyectados.	-Se verá el video de embarazo y aborto. - Dinámica: Yo soy (no.1)	- Video de embarazo y aborto -Tarjetas con palabras relacionadas con el tema de hoy, unas en blanco y cinco que digan "comentario personal".	60 min. 20 min.	
7	-Métodos anticonceptivos	- Desechar los mitos que giran en torno a la anticoncepción y así ejercer una sexualidad libre, informada y responsable.	-Dinámica: Lluvia de ideas (no.11)	-Tijeras, cartulinas, revistas, plumones, colores, resistol, cinta adhesiva, pinturas, pinceles, lápices.	20 min.	Palabras para la dinámica yo soy: 1. Condón 2. Salpingoclasia 3. Vasectomía

		-Explicar los distintos métodos anticonceptivos que existen, como funcionan, efectividad y como se usan.	-Dinámica: El anuncio publicitario (no.12) El coordinador explicara el uso adecuado del condón.	- Condones, pastillas anticonceptivas, esquemas o en vivo diferentes métodos anticonceptivos. -Pene didáctico, condones	50 min. 20	4. DIU 5. Condón femenino 6. Parches anticonceptivos 7. Pastilla de emergencia 8. Inyecciones anticonceptivas 9. Anticoncepción 10. Planificación familiar
			- Dinámica: Yo soy	-Tarjetas con palabras relacionadas con el tema de hoy, unas en blanco y cinco que digan "comentario personal".	30	
8	Homosexualidad	-Fomentar actitudes de respeto y tolerancia hacia la diversidad sexual.	-Dinámica: Debate (no.13)	-Fotografías en tamaño carta relacionadas con el tema.	60 min.	Palabras para la dinámica yo soy:
	-Masturbación	-Reflexionar sobre los mitos acerca de la masturbación.	-Dinámica: Lluvia de ideas (no. 14)	-Papel rotafolio, marcadores	40	1. Homosexualidad 2. Lesbiana 3. Bisexual 4. Heterosexual 5. Discriminación 6. Masturbación 7. Transexual 8. Transgénero 9. Culpa 10. Deseo sexual
			- Dinámica: Yo soy (no.1)	-Tarjetas con palabras relacionadas con el tema de hoy, unas en blanco y cinco que digan "comentario personal".	20	

9.	-Autoconcepto	-Que sientan agrado por lo que son físicamente.	-Dinámica: Encuesta sobre tu imagen corporal (no. 15)	- Una hoja para cada alumno,	30 min.	Palabras para la dinámica yo soy: 1. Autoconcepto 2. Asertividad 3. Decisión 4. Autoestima 5. Elegir un elemento mágico de la autoestima y explicarlo.
			-Dinámica: Lo que otros ven en mi (no.16)	-Hojas blancas tamaño carta, cinta adhesiva, plumones de colores.	15 min.	
	-Asertividad	-Que los participantes ejerzan su derecho a decidir y que sepan que su decisión debe ser respetada.	-Dinámica: El navío (no.17)	-Una pelota pequeña	30 min.	
			-Dinámica: Los dos caminos (no.18)	-Una cartulina con una ruta de dos caminos dibujada.	30 min.	
			- Dinámica: Yo soy (no.1)	-Tarjetas con palabras relacionadas con el tema de hoy, unas en blanco y tres que digan "comentario personal".	15 min.	
10	-Relación de pareja	-Que los participantes sepan que debe existir respeto mutuo en relaciones de pareja.	-Dinámica: Oraciones incompletas (no.19)	-Hojas impresas por persona,	35 min.	Palabras para la dinámica yo soy: 1. Noviazgo 2. Pareja 3. Respeto 4. Metas 5. Futuro 6. Celos 7. Amor 8. Comunicación 9. Fidelidad
			-Dinámica: Celos (no.20)	-Tarjetas preelaboradas con las frases propuestas sobre la relación del amor y los celos.	30	
	-Expectativas futuras	-Que los participantes sepan que tienen derecho a desarrollarse en el ámbito que ellos decidan.	-Dinámica: ¿Qué quiero ser, cuando sea mayor? (no.21)	-Una hoja de trabajo, lápiz o pluma, colores,	30 min.	

			-El coordinador dialogara con los participantes acerca de la importancia de crearse metas en base a sus intereses y como poder alcanzarlas.		10 min.	
			- Dinámica: Yo soy	-Tarjetas con palabras relacionadas con el tema de hoy, unas en blanco y cinco que digan "comentario personal".	15	
11	Organizaciones y Centros de ayuda	-Que los jóvenes conozcan servicios y lugares a donde puedan asistir para orientarse si tienen alguna duda o problema con respecto a su sexualidad.	-Visita a Mexfam -Dinámica: Cuestionario (no.22)	-Folleto ONG, Cuestionario impreso por participantes.	2 hrs.	-Hacer preguntas al grupo referentes a la visita.
12	-Resolución de dudas	-Se aclararan cada una de las dudas recolectadas en la dinámica Yo soy.	-Se les pedirá a los participantes que se sienten en círculo y el coordinador irá resolviendo cada una de las dudas arrojadas por la dinámica Yo Soy.	- Tarjetas de preguntas hechas por lo participantes.	60 min.	-Observar la cantidad y calidad de la información plasmada en su collage.
		-Conocer la influencia del taller en los participantes.	-Se les pedirá a los participantes que elaboren un collage retomando el tema que más les interesó a lo largo del taller, o del taller en general y como influyo éste en su vida.	-Cartulinas, revistas, tijeras, pegamento, plumones, papeles de colores.	60 min.	

13	-Evaluación del curso taller por parte de los participantes	- Saber que les pareció el taller, si le harían algunos cambios y cuales.	-Contestar el cuestionario de evaluación del curso taller	-Hojas impresas, pluma o lápiz	15 min	-Revisar los cuestionarios y comentarios acerca del curso taller.
	-Aplicación del postest	-Identificar si se presentaron cambios después del curso taller	-Se dará un Postest a cada uno de los participantes y se leerán las instrucciones para todo el grupo. Se contestará de manera individual.	-1 postest para cada uno de los participantes, pluma	35 min.	- Se puntuaran los test
	- Clausura	- Finalizar el curso	-Dinámica: La graduación (no.23)	- Un diploma por cada uno de los participantes.	10m in.	

Dinámicas para el curso-taller.

1.- Yo soy

Objetivo: Se pretende evaluar a manera de juego los conocimientos que se adquirieron en la sesión y si estos son realmente los que se pretendían alcanzar.

No. de participantes: todo el grupo

Tiempo estimado: al final de la sesión 20 minutos aproximadamente dependiendo del número de palabras clave. (En cada sesión se indica)

PALABRAS CLAVE

Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
6- Genero 7- Sexo 8- Sexualidad 9- Masculino 10-Femenino	11.Autoexamen 12.Anatomía 13.Fisiología 14.Frigidez 15.Eyaculación precoz 16.Pene 17.Vagina 18.Senos 19.Clítoris 20.Próstata	5. Drogas 6. Alcohol 7. Sexo 8. Consecuencias
Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7
11.Abuso sexual 12.ITS 13.Sífilis 14.Gonorrea 15.SIDA 16.Actitud 17.Incesto 18.Estupro 19.Riesgos de contagio de ITS 20. Riesgos de abuso sexual	8. Embarazo 9. Aborto 10.Consecuencias del embarazo 11.Consecuencias del aborto 12.Mamá 13.Papá 14.Hijo	11.Condón 12.Salpingoclasia 13.Vasectomía 14.DIU 15.Condón femenino 16.Parches anticonceptivos 17.Pastilla de emergencia 18.Inyecciones anticonceptivas 19.Anticoncepción

		20. Planificación familiar
Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
11. Homosexualidad 12. Lesbianismo 13. Bisexualidad 14. Heterosexualidad 15. Discriminación 16. Masturbación 17. Transexualidad 18. Culpa 19. Deseo sexual	6. Autoconcepto 7. Asertividad 8. Decisión 9. Autoestima 10. Elegir un elemento mágico de la autoestima y explicarlo.	10. Noviazgo 11. Pareja 12. Respeto 13. Metas 14. Futuro 15. Celos 16. Amor 17. Comunicación 18. Fidelidad

2.- Dinámica de percepción

Objetivo: Generar confianza en los integrantes y estimular el respeto por las opiniones diferentes.

No. de participantes: Todo el grupo.

Tiempo estimado: 25 min.

3.- Mi nombre

Ayuda a conocer el nombre de los compañeros añadiendo el matiz de si le gusta o no su propio nombre y cómo desea que le llamen sus amigos.

Objetivo: Estimular la comunicación y una autoimagen positiva.

No. de participantes: Todo el grupo de manera individual.

Tiempo estimado: 50 minutos

4.- Role playing (Género)

Objetivo: Conocer como nos perciben las personas del otro genero.

No. de participantes: Todo el grupo de manera individual.

Tiempo estimado: 45 minutos

5.- Lluvia de ideas (Sexo y Sexualidad)

Objetivo: Conocer que es lo que saben los participantes acerca del tema y si tienen la confianza de hablar sobre el tema.

No. de participantes: Todo el grupo dividido en equipos de 5 personas.

Tiempo estimado: 35 minutos

6.- Bebé Huevo

Objetivo: Vivenciar la responsabilidad que representa el tener que estar a cargo de alguien.

No. de participantes: Todo el grupo formado en parejas

Tiempo estimado: 10 minutos en para dar instrucciones y 2 semanas para cuidar el bebé huevo.

7.- Anatomía y Fisiología

: Ayuda a recordar y conocer los genitales femeninos y masculinos.

No. de participantes: Todo el grupo de manera individual.

Tiempo estimado: 30 minutos

8.- Cacería de firmas

Objetivo: Descubrir la forma y rapidez con la que pueden propagarse las ITS y el VIH/ SIDA

No. de participantes: Todo el grupo

Tiempo estimado: 20 minutos

9.- Si esto pasara yo...

Objetivo: Analizar nuestras actitudes ante las ITS y las conductas de riesgo

No. de participantes: Todo el grupo en equipos de 4 personas.

Tiempo estimado: 50 minutos

10.- Jugando a mamás y papás

Apremia la introspección al tener que elegir y ser responsables por nuestras acciones.

Objetivo: Hacer consciente la fantasía reproductiva.

No. de participantes: El grupo dividido en parejas de diferente sexo

Tiempo estimado: 40 minutos.

11.- Lluvia de ideas (Métodos Anticonceptivos)

Objetivo: Conocer que es lo que los jóvenes saben sobre los métodos anticonceptivos.

No. de participantes: Todo el grupo.

Tiempo estimado: 20 minutos.

12.- El anuncio publicitario

Objetivo: Presentar los Métodos Anticonceptivos en forma creativa.

No. de participantes: Todo el grupo dividido en el número de anticonceptivos que tenemos.

Tiempo estimado: 50 minutos.

13.- Debate (Homosexualidad)

Objetivo: Fomentar el respeto hacia la homosexualidad

No. de participantes: Todo el grupo

Tiempo estimado: 60 minutos.

14.- Lluvia de ideas (Métodos Anticonceptivos)

Objetivo: Conocer que mitos conocen los jóvenes sobre la masturbación.

No. de participantes: Todo el grupo.

Tiempo estimado: 40 minutos.

15.- Encuesta sobre tu imagen corporal

Objetivo: Reflexionar sobre el nivel de valoración que cada miembro del grupo tiene sobre su imagen corporal.

No. de participantes: Todo el grupo.

Tiempo estimado: 30 minutos.

16.- Lo que otros ven en mí

Objetivo: Que cada uno se de cuenta de lo que refleja hacía las demás personas.

No. de participantes: Todo el grupo.

Tiempo estimado: 15 minutos.

17.- El Navío

Objetivo: Aprender a responder clara y rápidamente ante la presión de los demás.

No. de participantes: Todo el grupo.

Tiempo estimado: 30 minutos.

18.- Los dos caminos

Objetivo: Aprender a tomar decisiones y a evaluar las ventajas y desventajas de tomar una decisión.

No. de participantes: Todo el grupo.

Tiempo estimado: 30 minutos.

19.- Oraciones incompletas

Objetivo: Aclarar el concepto de pareja

No. de participantes: Todo el grupo dividido en equipos de 4 personas

Tiempo estimado: 30 minutos.

20.- Celos

Objetivo: Diferenciar los tipos de celos y aislar los mitos culturales sobre la relación del amor y los celos.

No. de participantes: Todo el grupo.

Tiempo estimado: 30 minutos.

21.- ¿Qué quiero ser, cuando sea mayor?

Objetivo: Verbalizar y concienciar la propia proyección personal y la influencia de la sexualidad y su conducta en dicha proyección.

No. de participantes: Todo el grupo

Tiempo estimado: 30 minutos.

22.- Cuestionario

Objetivo: Conozcan MEXFAM y los servicios que hay se brindan.

No. de participantes: Todo el grupo.

Tiempo estimado: 2 horas.

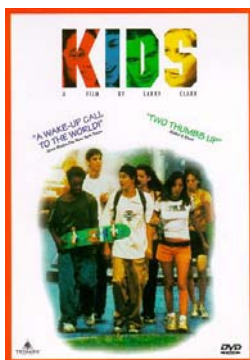
23.- La Graduación

Objetivo: Que el alumno se comprometa personalmente con el aprendizaje del curso.

No. de participantes: Todo el grupo.

Tiempo estimado: 10 minutos.

Película proyectada en la sesión 4 Adicciones y Sexualidad.



1995 © Excalibur
Films

Título original:	Kids
Título en español:	Kids: Vidas Perdidas
País:	Estados Unidos, 1995
Duración:	95 minutos
Clasificación:	C
Elenco:	Leo Fitzpatrick, Justin Pierce, Chloe Sevigny, Rosario Dawson,
Director:	Yakira Peguero
Productores:	Larry Clark
Guión:	Cary Woods
Musica:	Harmony Korine
Distribuidor:	Louis Barlow Excalibur Films

Sinopsis

Es una alerta al mundo llevada a la pantalla por Larry Clark, quien dedicado a la fotografía social, conoció este terrible mal.

Con imágenes que dejan sin aliento, Kids aborda con crudeza, uno de los temas más preocupantes dentro de nuestra sociedad actual, el SIDA, plaga de nuestros tiempos de la que se infectan más de 8,000 personas cada día.

Sí el mundo no toma conciencia de este terrible mal, alguien cercano puede ser protagonista de ésta película.

Relatando con cruda honestidad las experiencias, actitudes e incertidumbres de la inocencia perdida, Kids quedará grabada en la memoria aún mucho después de haberla visto. Los protagonistas de la historia, son precisamente adolescentes.

ANEXOS

Pretest

Las 45 afirmaciones que aparecen a continuación son opiniones con las que algunas personas están de acuerdo y otras en desacuerdo. Por favor en la hoja de respuestas marca con una **X** el cuadro que corresponda a tu opinión personal, es decir, que tan de acuerdo o desacuerdo estás con cada una de las afirmaciones. No hay respuestas “buenas” ni “malas” porque cada quien posee sus propios puntos de vista. Para que se pueda obtener la mayor cantidad de información de tus opiniones por favor responde sinceramente.

Ej.

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

Afirmaciones
0- El dinero no trae la felicidad

Hoja de respuestas										
0-	a		b		c	X	d		e	

1.	Quando dos mujeres hacen el amor es una cochinada
2.	Creo que si yo tomara la iniciativa en la relación sexual, mi pareja perdería la confianza en mi
3.	Las drogas y el alcohol mejoran mi desempeño sexual
4.	Una mujer que ha tenido relaciones sexuales sin casarse no vale la pena
5.	Una persona homosexual vale lo mismo que una persona heterosexual
6.	A los bebes los tiene que cuidar tanto el padre como la madre
7.	Participar en cursos de educación sexual puede provocar que yo tenga relaciones sexuales
8.	Usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo es un crimen
9.	Si alguna de mis amistades me dijera que está contagiada de alguna Infección de Transmisión Sexual seguiría hablándole como antes
10.	Me incomoda mucho ver a dos personas del mismo sexo besándose
11.	El valor de los hombres no esta en su pene
12.	Aceptaría consumir alguna droga o bebida alcohólica antes de tener relaciones sexuales
13.	Una mujer tiene derecho a abortar si tiene problemas económicos
14.	Los métodos anticonceptivos pueden causar enfermedades
15.	Los hombres que se tocan el pene y las mujeres que se tocan su vulva, son personas muy sucias
16.	Sólo tendría relaciones sexuales para darle gusto a mi pareja
17.	Se disfrutan más las relaciones sexuales cuando se ésta bajo efectos de alguna

	droga o del alcohol
18.	Es bueno masturbarse para conocer nuestro cuerpo
19.	Si me entero de que una amiga quiere abortar le dejo de hablar
20.	Mientras más joven se tengan relaciones sexuales mejor
21.	Usaría el condón y el óvulo para evitar un embarazo
22.	La mujer puede excitarse sexualmente y sentir placer sin compañía
23.	La virginidad es un factor importante antes de casarse
24.	Los hombres solo deben hablar de sexualidad con hombres y las mujeres con mujeres
25.	No importa contagiarse de VIH/SIDA ya que muy pronto se encontrará una cura
26.	Hay que legalizar el aborto para que no haya abortos clandestinos
27.	Las personas que hablan abiertamente sobre sexualidad son desagradables
28.	Sólo se masturban los solterones y las solteronas
29.	Los homosexuales son personas pervertidas y cochinas
30.	Le pediría a mi pareja que abortara porque no es el momento de que tengamos un hijo y nuestros papás nos regañarían
31.	No tendría amistad con una persona que sé que está contagiada de alguna Infección de Transmisión sexual
32.	Mi pareja y yo somos igualmente responsables de prevenir un embarazo no deseado
33.	La única forma de demostrarle a mi pareja que la amo es teniendo relaciones sexuales con ella, aunque yo no quiera
34.	Aún no es el momento adecuado para que yo tenga un hijo
35.	No sólo las personas sexualmente activas necesitan recibir información sobre el VIH/SIDA o alguna Infección de Transmisión sexual
36.	Se disfrutan más las relaciones sexuales cuando se ésta bajo efectos de alguna droga o del alcohol
37.	El que mi pareja tenga amigos del sexo opuesto no quiere decir que me quiera menos o que me este engañando
38.	Sólo abortaría si mi pareja me lo pide, sino no
39.	Me sería difícil aceptar tener amistad con una persona homosexual
40.	Sólo las personas que tienen muchas parejas pueden contraer una Infección de Transmisión Sexual
41.	La mujer es la única responsable de prevenir un embarazo no deseado
42.	Sólo los adolescentes se pueden masturbar
43.	Todas las personas necesitamos recibir información sexual en la escuela
44.	Mi pareja es la única persona que me puede decir que hacer y que no
45.	Podría tener una pareja que consuma drogas o alcohol y tener relaciones sexuales con ella

GRACIAS

Postest

Las 45 afirmaciones que aparecen a continuación son opiniones con las que algunas personas están de acuerdo y otras en desacuerdo. Por favor en la hoja de respuestas marca con una **X** el cuadro que corresponda a tu opinión personal, es decir, que tan de acuerdo o desacuerdo estás con cada una de las afirmaciones. No hay respuestas “buenas” ni “malas” porque cada quien posee sus propios puntos de vista. Para que se pueda obtener la mayor cantidad de información de tus opiniones por favor responde sinceramente.

Ej.

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

Afirmaciones
0- El dinero no trae la felicidad

Hoja de respuestas										
0-	a	X	b		c		d		e	

1.	Podemos hablar de sexualidad con hombres y mujeres sin importar nuestro género
2.	Mientras más joven se tengan relaciones sexuales mejor
3.	Se disfrutan más las relaciones sexuales cuando se ésta bajo efectos de alguna droga o del alcohol
4.	Tendría amistad con una persona que sé que está contagiada de alguna Infección de Transmisión Sexual
5.	Si una mujer tiene relaciones sexuales sin casarse vale lo mismo que una que no las tiene
6.	Usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo es un crimen
7.	Los hombres valen más que la mujeres por su pene
8.	Aunque no se tengan muchas parejas se puede contraer una Infección de Transmisión Sexual
9.	Mi pareja tiene la obligación de prevenir un embarazo no deseado
10.	Consumiría alguna droga o bebida alcohólica antes de tener relaciones sexuales
11.	Sólo abortaría si mi pareja me lo pide, sino no
12.	Sólo se masturban los solterones y las solteronas
13.	Las drogas y el alcohol mejoran el desempeño sexual
14.	Sólo tendría relaciones sexuales con mi pareja si ambos estuviéramos de

	acuerdo
15.	Una mujer no tiene derecho a abortar aunque tenga problemas económicos
16.	Las personas que hablan abiertamente sobre sexualidad son desagradables
17.	Usaría el condón y el óvulo para evitar un embarazo
18.	El que mi pareja tenga amigos del sexo opuesto quiere decir que me esta engañando y me quiere menos
19.	Únicamente necesitan recibir información sobre el VIH o alguna Infección de Transmisión Sexual las personas sexualmente activas
20.	No me incomoda ver a dos personas del mismo sexo besándose
21.	Mientras más joven tengas hijos es mejor
22.	Mi pareja debe tomar la iniciativa en la relación sexual, si no perdería la confianza en mi
23.	Si me entero de que una amiga quiere abortar le dejo de hablar
24.	Sólo los adolescentes necesitamos recibir información sexual en la escuela
25.	Vale más una persona heterosexual que una homosexual
26.	Tener relaciones sexuales con mi pareja no es la única forma de demostrarle a mi pareja que la quiero
27.	La virginidad no es un factor importante antes de casarse
28.	Es normal que los hombres se toquen el pene y las mujeres se toquen su vulva
29.	La mujer no es la única responsable de prevenir un embarazo no deseado
30.	Sólo los adolescentes se pueden masturbar
31.	Le pediría a mi pareja que abortara porque no es el momento de que tengamos un hijo y nuestros papás nos regañarían
32.	Creo que es una cochina si dos hombres hacen el amor
33.	Participar en cursos de educación sexual no puede provocar que yo tenga relaciones sexuales
34.	A los bebés los tiene que cuidar solo la madre
35.	Los homosexuales son personas normales
36.	No importa contagiarse de VIH/SIDA ya que muy pronto se encontrará una cura
37.	Me sería fácil aceptar tener amistad con una persona homosexual
38.	Creo que se disfrutan más las relaciones sexuales cuando se ésta bajo efectos de alguna droga o del alcohol
39.	Si alguna de mis amistades me dijera que está contagiada de alguna Infección de Transmisión Sexual le dejaría de hablar
40.	Es bueno masturbarse para conocer nuestro cuerpo
41.	No usaría métodos anticonceptivos porque pueden causar enfermedades
42.	Mi pareja no me puede decir que hacer y que no
43.	Para que deje de haber abortos clandestinos sería bueno legalizar el aborto
44.	Si me entero que mi pareja consume drogas o alcohol dejaría de tener relaciones sexuales con ella
45.	La mujer no debe excitarse sexualmente y sentir placer sin compañía

GRACIAS

HOJA DE RESPUESTAS

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

Contesta con lápiz, en caso de que te equivoques borra muy bien y vuelve a poner tu respuesta en el cuadro que creas.

1.	a		b		c		d		e	
2.	a		b		c		d		e	
3.	a		b		c		d		e	
4.	a		b		c		d		e	
5.	a		b		c		d		e	
6.	a		b		c		d		e	
7.	a		b		c		d		e	
8.	a		b		c		d		e	
9.	a		b		c		d		e	
10.	a		b		c		d		e	
11.	a		b		c		d		e	
12.	a		b		c		d		e	
13.	a		b		c		d		e	
14.	a		b		c		d		e	
15.	a		b		c		d		e	
16.	a		b		c		d		e	
17.	a		b		c		d		e	
18.	a		b		c		d		e	
19.	a		b		c		d		e	
20.	a		b		c		d		e	
21.	a		b		c		d		e	
22.	a		b		c		d		e	
23.	a		b		c		d		e	

24.	a		b		c		d		e	
25.	a		b		c		d		e	
26.	a		b		c		d		e	
27.	a		b		c		d		e	
28.	a		b		c		d		e	
29.	a		b		c		d		e	
30.	a		b		c		d		e	
31.	a		b		c		d		e	
32.	a		b		c		d		e	
33.	a		b		c		d		e	
34.	a		b		c		d		e	
35.	a		b		c		d		e	
36.	a		b		c		d		e	
37.	a		b		c		d		e	
38.	a		b		c		d		e	
39.	a		b		c		d		e	
40.	a		b		c		d		e	
41.	a		b		c		d		e	
42.	a		b		c		d		e	
43.	a		b		c		d		e	
44.	a		b		c		d		e	
45.	a		b		c		d		e	

