UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL

UNIDAD AJUSCO

PROGRAMA EDUCATIVO DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA

TALLER DE EDUCACION SEXUAL PARA ADOLESCENTES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

PRESENTAN:

ROSA MARIA MELENDEZ ROMAN

JUVENTINA SANDOVAL SANDOVAL

ASESOR:

PROFR. EMILIANO VILLAVICENCIO TREJO

MAYO, 2008

DEDICATORIAS

En especial a Dios por
darme la oportunidad de
lograr una meta más
en mi vida.

A mis hermanos, por sus
palabras de aliento que me
motivaron a realizar mi carrera
profesional con optimismo.

A mi hermana Aidé Sandoval
Sandoval por sustituirme en
mis funciones más importantes
de mi vida el ser madre, agradezco
infinitamente el apoyo y el cuidado
que le brindo a mis hijos durante
esta etapa de mi vida.

Al profesor Miguel Ángel Sánchez Bedolla
a quien admiro y valoro profundamente
sus enseñanzas y su profesionalismo,
pero sobre todo su calidez humana.

Agradezco a mis padres, haberme
permitido formarme en el esfuerzo
diario para valorar el camino que
he podido construir.

A mi marido, quien sin ser su proyecto
ha tenido la fuerza para apoyarme
compartiendo conmigo las
preocupaciones que implica un
esfuerzo de tesis. Su participación
ha sido simplemente insustituible.

A mi asesor Emiliano Villavicencio Trejo,
por enseñarme a conocer que yo soy
el principio y el fin, que por mi todas
las cosas son posibles de realizar.

Finalmente dedico esta tesis a mis hijos
Hilda Mariam y Ricardo Jair León Sandoval
quienes me han acompañado en esta
travesía y a quienes agradezco
entrañablemente el privilegio que tengo
de ser su madre, este esfuerzo es por
mucho motivado por el enorme placer
de tenerlos.

Juventina Sandoval Sandoval

En especial a Dios por
darme la oportunidad de
crecer día a día
en mi vida.

A mis hermanos, por su
apoyo infinito en mi carrera.

Al profesor Miguel Ángel Sánchez Bedolla y
Emiliano Villavicencio Trejo por su apoyo
en este proyecto de tesis a quienes
admiro y valoro profundamente.

Agradezco a mis padres, haberme
permitido formarme en el esfuerzo
diario, para valorar el camino que
he podido construir.

Finalmente dedico esta tesis a mis hijas:
Brenda Alejandra y Karin Flores Meléndez,
quienes me han acompañado en esta
etapa de mi vida profesional y a quienes
agradezco infinitamente.

Rosa Maria Meléndez Román

INDICE

CAPITULO 1 Pág.

INTRODUCCIÓN.....1

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

ADOLESCENCIA

2.1 Definición de adolescencia.....5

2.2 Aspectos biológicos de la adolescencia.....6

2.3 Aspectos psicosociales en la adolescencia.....10

2.4 La psicosexualidad en los adolescentes.....16

2.5 Desarrollo psicosexual del adolescente.....16

2.5.1 Adolescencia temprana o primera fase (10 a 14 años).....17

2.5.2 Adolescencia tardía o segunda fase (15 a 19 años).....20

2.6 Definición de actitud.....26

2.6.1 Técnicas para el cambio de actitud.....29

CAPITULO 3

ANTICONCEPCIÓN, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES

3.1 Anticoncepción en la adolescencia.....31

3.2 Métodos anticonceptivos.....34

3.3 Métodos temporales.....35

3.3.1 Pastillas anticonceptivas.....35

3.3.2 Inyecciones anticonceptivas.....36

3.3.3 Pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE).....37

3.3.4 Dispositivo intrauterino (DIU).....39

3.3.5 Condón o preservativo.....40

3.3.6 Espermicidas.....41

3.3.7 Métodos de abstinencia periódica o métodos naturales..... 42

3.3.8 Métodos de la temperatura basal.....42

3.3.9 Método de moco cervical.....43

3.3.10 Método sintotermico.....43

3.3.11 Método del ritmo o calendario.....44

3.3.12 Coito interrumpido.....44

3.4 Métodos permanentes.....44

3.4.1 Vasectomía.....44

3.4.2 Salpingoclasia.....45

3.5 Enfermedades de transmisión sexual.....47

3.5.1 Sífilis.....49

3.5.2 Gonorrea.....50

3.5.3 Chancro blando.....51

3.5.4 Herpes genital.....51

3.5.5 Vaginitis monilial.....52

3.5.6 Condilomas acuminados.....53

3.5.7 Ladilla.....53

3.5.8 SIDA.....54

3.6 El embarazo en la adolescencia.....58

3.6.1 Características de la adolescente embarazada 59

3.6.2 Aspectos físicos.....62

3.6.3 Aspectos psicosociales.....63

3.6.4 Aspectos económicos-culturales.....64

CAPITULO 4

MÉTODO

4.1 Tipo de estudio.....66

4.2 Planteamiento del problema.....66

4.3 Diseño.....68

4.4 Variables e hipótesis.....68

4.5 Objetivos.....71

4.6 Sujetos.....72

4.7 Escenario.....72

4.8 Instrumentos.....73

4.9 Procedimiento.....75

CAPITULO 5

ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1 Análisis cuantitativo……77

5.2 Análisis cualitativo……..93

CAPITULO 6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1 Discusión y conclusiones…….....98

CAPITULO 7

EXPERIENCIA PROFESIONAL

7.1 Experiencia profesional.....105

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 107

ANEXOS

1) Escala de actitudes

2) Cuestionario de conocimientos

3) Sesiones

RESUMEN

La presente investigación se llevo a cabo para observar cuál sería el efecto de un taller de “Educación Sexual”, en el conocimiento y las actitudes hacia la sexualidad en dos grupos de adolescentes, donde el objetivo general era explicar y comprobar la eficacia del taller.

Se trabajo con una población de 60 adolescentes que se encontraban cursando el segundo grado de secundaria en la escuela “5 de Febrero”, cuyas edades oscilaban entre los 12 y los 16 años.

Para tal efecto se aplico un taller con una duración de un mes y medio, constó de 14 sesiones (anexo 3).

Se realizo un diseño de tipo descriptivo de campo y transversal (pretest-postest), con dos grupos. Se utilizaron dos instrumentos; el primero fue un examen de conocimientos de sexualidad (anexo 2) elaborado por las investigadoras y validado por tres profesores de la Universidad Pedagógica Nacional, y el segundo fue la escala de actitudes hacia la sexualidad elaborado por Alfaro (1991) (anexo 1). El cual generó resultados para su análisis cuantitativo y cualitativo. Al final de la investigación se observaron cambios estadísticamente significativos tanto en el nivel de información como en las actitudes de los adolescentes lo que demostró la efectividad del taller.

CAPITULO 1

INTRODUCCION

CAPITULO 1

INTRODUCCION

La sexualidad esta presente en la vida de los niños desde su nacimiento y durante toda la infancia indisolublemente. Sin embargo, durante la adolescencia se lleva a cabo el salto definitivo y con ella comienza el proceso de personalización y socialización.

Pero ¿Pero qué se entiende por adolescencia?, diremos que es un nuevo nacimiento, porque con la adolescencia nace un nuevo cuerpo, la experiencia de emociones desconocidas, una nueva forma de pensar y una nueva visión del mundo.

La adolescencia es la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta; es una etapa que posee principalmente cuatro elementos distintos que la tipifican; la irrupción de los cambios corporales, emocionales, cognitivos, de interrelación consigo mismo, su familia y los amigos. La adolescencia es una etapa teñida por una fuerte crisis de identidad personal y sexual que podría definirse como un intento a responder las preguntas “que soy”, “quien soy”, “Como soy yo”.

Sin embargo, habría que preguntarse si los cambios psicológicos y sociales son iguales para todos los jóvenes en un país pluricultural. La respuesta seria no. Es en este sentido que la adolescencia se considera un mito, sin embargo, no se puede dejar de reconocer que hay un momento en el que los jóvenes sufren cambios reales y trascendentales como los fisiológicos.

No cabe duda que es la etapa de los grandes cambios pero también de las grandes dolencias ¿acaso no se adolece de una aceptación de su propio cuerpo de información para saber controlar, callar, manejar o disfrutar todas esas

emociones e instintos desconocidos para él o para ella?, La falta de información es una de las más genéricas durante el desarrollo de la adolescencia, es innegable que las consecuencias de esa negligencia son nefastas. No menos nefastas son las consecuencias de lo que hoy se tiene por educación sexual o por falta de información: relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, embarazos no deseados, adquisición de enfermedades sexualmente transmisibles (SIDA). En la adolescencia se comienza a conocer por vivencia, el o la adolescente descubre su pene, su vagina, y toma conciencia, bastante repentina, del impulso sexual genital, que se abre con fuerza arrolladora y le hace perder el equilibrio al no saber como manejarlo o controlarlo.

Cuantas veces los y las adolescentes se han acercado a sus padres para pedir información y le ha sido negado, por vergüenza, por no sentirse preparados para dar tal información, por miedo o temor al no sentirse seguros o suponer que con ello pierden autoridad.

Cuantas veces se han acercado a buscar información en su escuela y sólo se han tropezado con términos cientificistas y enciclopedistas que no logran entender; con maestros que carecen de la necesaria formación y como si fuera poco de la moral represiva de nuestra sociedad.

Afortunadamente hay adolescentes conscientes que al no encontrar información buscan informarse por otros medios; el problema es que esos medios no siempre educan abierta y adecuadamente (los amigos, los medios masivos de comunicación, la iglesia, entre otras).

La educación de la sexualidad recibida juega un papel muy importante en la formación de actitudes que el adolescente tiene hacia su propia sexualidad, es decir, la posición del adolescente hacia un objeto psicológico como: las enfermedades de transmisión sexual (ETS), el SIDA, el embarazo, el uso de

métodos anticonceptivos vendrán precedidos por la información y educación sexual recibida.

Las actitudes constituyen elementos valiosos para la predicción de conductas. Si sabemos que una adolescente tiene una actitud favorable al uso de métodos anticonceptivos podemos pensar con la probabilidad de acertar que esa adolescente utilizará algún método en su primera relación sexual. En otras palabras el conocimiento de las actitudes de los sujetos en relación con determinados objetos nos permite hacer inferencias, sobre su conducta sexual y formar una idea de la realidad que vivimos.

El presente estudio tiene el interés por intervenir en los temas de sexualidad en adolescentes aplicando un taller de sexualidad con carácter informativo-formativo enfocado a modificar sus actitudes y conocimientos.

El capítulo uno corresponde a la introducción del tema.

En el capítulo siguiente se aborda la adolescencia, aspectos biológicos, aspectos psicosociales, psicosexualidad de los adolescentes y fases de la adolescencia. Posteriormente se aborda el tema de las actitudes hacia la sexualidad.

En el capítulo tres se abordan los temas de anticoncepción su funcionamiento, efectividad y deficiencias, enfermedades de transmisión sexual, alteraciones tanto menores como mayores, tratamiento y la importancia de llevar acabo una higiene sexual adecuada y embarazo en la adolescencia, características de la adolescente embarazada, aspectos psicosociales y aspectos económico-culturales que intervienen para que se produzca un embarazo a esta edad.

En el capítulo cuatro se describe el método con el cual se llevó a cabo la investigación desde el planteamiento del problema, hipótesis, objetivos, tipo de estudio, variables del estudio, procedimiento e instrumentos utilizados.

En capítulo cinco se presenta el análisis de resultados, mostrando tablas y gráficas de los datos estadísticos resultantes.

En el capítulo seis se expondrá la discusión de los resultados así como conclusiones.

En el capitulo siete aparece nuestra experiencia profesional.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

ADOLESCENCIA

2.1. Definición de adolescencia:

Etimológicamente la palabra adolescencia viene de ad: a, hacia y olescere de olere: crecer. Es decir, significa la condición y el proceso de crecimiento, que implica un proceso de crisis vital; de Crisis, que en griego es el acto de distinguir, elegir, decir y/o resolver, a partir del cual se lograra la identidad personal. Así mismo, es un período que se inicia con notables cambios biológicos y cuya duración es variable dependiendo de la raza, el sexo, el clima y la cultura, (Aguirre, 1998).

A la adolescencia se le ha visto como una etapa de crisis, pero hay que considerar que cada fase del desarrollo posee sus propias tareas a realizar. La adolescencia tiene una ubicación ontológica entre la niñez y la adultez; según su significado etimológico, es una etapa de la vida cuyo elemento sustancial característico es la aparición de cambios importantes tanto morfológicos como funcionales. Los morfológicos están relacionados directamente con el crecimiento corporal, y las funcionales con el nuevo funcionamiento glandular. Las gónadas han iniciado su funcionamiento dándole al adolescente una nueva fisonomía corporal, sexual y emocional.

La adolescencia en cuanto su fase de desarrollo humano tiene un punto de partida biológico y un desenlace psicológico y social.

Desde el punto de vista biológico, su inicio se manifiesta por la aceleración final del crecimiento y el desarrollo sexual secundario; y su terminación está indicada por la función de la epífisis y la terminación de la diferenciación sexual.

Desde el punto de vista psicológico, está marcada por una percepción de un nuevo Yo que concluye al tener una clara diferenciación del Yo para poderlo compartir con una pareja (consolidación de la identidad y capacidad para tener relaciones heterosexuales estables).

Socialmente es un período de preparación intensificada para la asunción de un papel adulto y su terminación llega cuando la sociedad le otorga prerrogativas adultas plenas, y el joven asume un rol laboral y marital adulto. Pero la nueva meta impulsiva, la capacidad de procrear requiere para su satisfacción una serie de requisitos que deben de satisfacerse, paralelamente, en el mundo externo. Existe ahora un imperativo biológico: acabar de crecer; un imperativo sexual: reproducirse; un imperativo emocional: evolucionar; un imperativo social: adaptarse; un imperativo familiar: independizarse; un imperativo económico: ser autosuficiente; un imperativo vocacional: realizarse en una ocupación; un imperativo existencial: adquirir una identidad; un imperativo axiomático: poseer un escala de valores, organizados y jerarquizados, misma que se vuelve sólida e irreversible, (Semmens, 1989).

2.2. Aspectos biológicos de la adolescencia.

Los cambios físicos se producen a todo lo largo de los años adolescentes, pero la mayoría adviene al fin de la infancia y a principios de la adolescencia. Esto se conoce como la “fase de la pubertad”. La palabra “pubertad” proviene del latín pubertas, que significa “edad de virilidad”. Se refiere al momento en que los órganos reproductores maduran y comienzan a funcionar. La expresión fase sugiere que la transición desde la infancia a la adultez es relativamente rápida.

Junto con las modificaciones de los órganos de reproducción aparecen cambios en el resto del cuerpo, éstos a su vez, originan alteraciones en los intereses, las actitudes y la conducta del sujeto. El desarrollo físico continúa

después de haberse alcanzado la madurez sexual, pero en forma cada vez más lenta y los cambios psicológicos y de conducta se hacen cada vez más pronunciados.

Aun cuando la pubertad es un periodo relativamente breve dentro de todo el ciclo vital y es solo una parte de la adolescencia, se divide en tres etapas:

1. Prepubescente: Etapa inmadura en la cual suceden los cambios corporales y comienzan a desarrollarse las características sexuales secundarias a los rasgos físicos que distinguen a los dos sexos, pero en la que todavía no se ha desarrollo la función reproductora.

2. Pubescente: Etapa de maduración en la cual se producen las células sexuales en los órganos de reproducción, pero en la que aún no se han completado los cambios corporales.

3. Pospubescente: Etapa madura en la cual los órganos sexuales funcionan a la perfección, el cuerpo ha alcanzado la altura y las proporciones debidas y las características sexuales secundarias están bien desarrolladas, (Hurlock, 1987).

Algunos de los cambios ocurren en todos los niños y niñas (aumento de tamaño, mayor fuerza y vigor), pero en su mayor parte son propios de cada sexo. Las hormonas desencadenan los cambios, éstas a su vez son productos químicos de glándulas endocrinas, (Craig, 1988).

La secreción de las glándulas endocrinas está estrechamente relacionada con un equilibrio muy delicado y complejo, cuya conservación es indispensable para el crecimiento y el funcionamiento normales. La hipófisis, se encarga de la producción de diferentes hormonas, entre las más importantes se encuentran la

hormona del crecimiento, somatotropina y algunas hormonas secundarias; éstas ultimas estimulan y regulan el funcionamiento de otras glándulas, como los testículos y los ovarios que son las glándulas sexuales.

Las glándulas sexuales cumplen dos funciones: producir gametos (espermatozoides u óvulos) y segregar las hormonas sexuales indispensables para el desarrollo de los órganos reproductores. Todas estas secreciones tienen un impacto emocional y fisiológico en cada adolescente, (Aguilar y col., 1998).

Los sexos maduran a diferente ritmo, las mujeres pasan de un modo bastante uniforme por profundos cambios biológicos dos años antes que los varones. Más aún, se da muchísima variación en la tasa de desarrollo entre los miembros de un mismo sexo. Algunos varones que maduran tardíamente quizá no muestren ningún cambio, en tanto a otros que tienen la misma edad cronológica, ya habrán terminado toda la etapa del desarrollo. Una vez iniciada la secuencia de la maduración sexual, ésta progresa en un orden bastante fijo.

Además del periodo de crecimiento rápido en la pubertad, el segundo cambio biológico fundamental es el desarrollo del sistema reproductor. En el hombre, la primera indicación de la pubertad es el crecimiento acelerado de los testículos y el escroto. Aproximadamente un año más tarde, se advierte un crecimiento acelerado en la talla y en el pene, con un desarrollo concomitante de las vesículas seminales y de la próstata. Mientras tanto entre el desarrollo del testículo y del pené, empieza a aparecer el vello púbico (en forma de rombo), pero no alcanza su crecimiento pleno hasta que se termina el desarrollo genital. Otro cambio típico de este periodo es la creciente actividad de las glándulas sebáceas (productoras de grasa) y sudoríparas, lo cual da origen a nuevos olores corporales y a problemas cutáneos, (Craig, 1988).

Uno de los cambios más importantes del hombre es la presencia de la eyaculación, que indica que a partir de ese momento puede embarazar a una mujer si no tiene las precauciones al tener contacto sexual con ella en el periodo fértil. La mayoría de los hombres tienen la capacidad de reproducirse durante toda su vida, (Aguilar y col., 1998).

En las mujeres el incipiente crecimiento de los senos suele ser, aunque no siempre, la primera señal de que se ha iniciado la pubertad. Al mismo tiempo se observa el crecimiento del útero y la vagina, así como un aumento en las dimensiones del clítoris y los labios genitales. Las menarca (menarquia) que es la primera menstruación, posiblemente es la señal mas impresionante y simbólica del cambio. De igual modo que en los hombres se observa el crecimiento del vello púbico (en forma de triangulo invertido), se redistribuye la grasa la que provoca un redondeamiento de la figura, ensanchamiento de la pelvis, crecimiento de vello en las axilas y aumento en la secreción de las glándulas sebáceas.

Conforme el adolescente se acostumbra a los cambios; empieza la preocupación por su apariencia, el deseo de poseer un cuerpo más atractivo y la fascinación por la moda. Al finalizar la adolescencia debería de existir una aceptación del cuerpo y por lo tanto una imagen corporal satisfactoria y una adecuada autoestima, (Aguilar y col., 1998).

2.3. Aspectos psicosociales en la adolescencia.

La adolescencia es un periodo de cambios rápidos y notables, no tan sólo de maduración física que incluye la capacidad de reproducción, sino que también se observa:

- La maduración cognoscitiva que es una capacidad que se va desarrollando para pensar de manera lógica, conceptual y futurista.

- El desarrollo psicosocial que refleja una mejor comprensión de uno mismo con relación a otros, (OPS.1992, cit. En Monroy, 1994)

Aunque independientemente, cada área se vincula, el desarrollo en general y el psicosocial en particular tiene un lugar dentro del contexto social y es cuando el adolescente debe lograr paulatinamente la identidad, la intimidad, la integridad y la independencia tanto física como psicológica.

Florenzano (1988) maneja que las diferentes tareas que deben enfrentarse durante la adolescencia (en el ámbito urbano), pueden agruparse en diferentes fases o subetapas cada una con una duración aproximada de tres años, lo que puede variar de acuerdo a las variables personales y/o culturales que intervengan a lo largo de dicha transición.

La estabilización de la personalidad no se logra sin antes pasar por cierto grado de conducta “Patología”, la cual puede considerarse inherente a la evolución “normal” de todo adolescente, por lo mismo hablar de una clara división entre lo normal y lo patológico en esta etapa de la vida resulta difícil, encontrándose así como anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente (Aberasturi, 1989; Freud, A. Y col., 1972).

De acuerdo con Aberasturi, (1989) como parte del proceso psicológico por el cual atraviesa el adolescente existen manifestaciones observables, que se señalaran brevemente a continuación:

Búsqueda de si mismo y de la identidad: El poder llegar a utilizar la genitalidad en la procreación es un hecho biopsicodinámico que determina una modificación esencial en el proceso del logro de la entidad adulta y que caracteriza la turbulencia e inestabilidad de la entidad adolescente.

En esta búsqueda de identidad, el adolescente recurre a las situaciones que se presentan más favorables en el momento. Una de ellas es la de la uniformidad, que brinda seguridad y estima personal. Ocurre aquí el proceso de doble identificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno, y que explica, por lo menos en parte, el proceso grupal del que participa el adolescente.

Dentro de esta búsqueda, se llega a percibir como única solución el buscar lo que Erikson ha llamado “una identidad negativa” basada en identificaciones con figuras negativas reales. Es preferible ser alguien perverso, que no ser nada. También dice que este periodo de experimentación es una etapa donde los adolescentes ensayan diferentes roles, identidades, personalidades y formas de comportarse, con el fin de asegurar la necesidad interna e igualdad social que es el puente entre lo que el adolescente es y en lo que pronto se convertirá. Sin este periodo, el desarrollo de la identidad de los adolescentes puede retrasarse.

También algunas exploraciones de identidad llevan a conductas y consecuencias negativas, como la promiscuidad sexual, abuso de drogas y/o alcohol, delincuencia, depresión, suicidio y embarazo.

De igual manera pueden presentarse identidades transitorias, ocasionales o circunstanciales, adoptadas sucesiva o simultáneamente por el adolescente según las circunstancias en las que se encuentre, así mismo los cambios corporales, no sólo son percibidos exteriormente, sino también como una sensación general de tipo físico, que perturban igualmente al adolescente.

La tendencia grupal: Se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que antes mantenía con la familia, y el grupo aparece al mismo tiempo como contenedor de las ansiedades de sus integrantes.

Necesidades de intelectualizar y fantasear: La intelectualización y la fantasía son formas típicas del pensamiento adolescente, pueden ser considerados también como mecanismo defensivos frente a la imposición de la realidad, de renunciar a los aspectos infantiles, lo que obliga al adolescente a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar. De ahí la necesidad de refugiarse en el mundo interior. “Un autismo positivo” desde la perspectiva de Aberasturi, “que lleva a la preocupación por principios éticos, filosóficos, sociales, etc.” (Aberasturi, 1989).

La intelectualización tendría por función ligar los fenómenos instintivos con contenidos ideativos, para hacerlos accesibles a la conciencia y fáciles de controlar. Se considera al ascetismo como un mecanismo de defensa característico del adolescente; ya que al temer más a la cantidad que a la calidad de sus pulsiones, opta por establecer prohibiciones sumamente estrictas, que pueden extenderse a necesidades físicas cotidianas, evitar contacto con la persona de su edad, música, bailes, indumentaria atractiva, etc. El ascetismo puede también cambiarse súbitamente por una entrega o excesos pasionales sin restricciones, (Freud. A. y col., 1972).

Las crisis religiosas: El adolescente puede presentarse como ateo exacerbado o como un místico fervoroso, lo cual constituiría las posiciones extremas. También puede aparecer la preocupación metafísica.

Desubicación temporal: El adolescente convierte el tiempo en presente y activo, como una forma de manejarlo. A veces las urgencias son enormes, y las postergaciones aparentemente irracionales.

Evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad: Esto se refiere principalmente a la oscilación entre la actividad masturbatoria y los comienzos del ejercicio genital.

Contraindicaciones sucesivas en todas las manifestaciones de conducta: La conducta del adolescente está dominada por la acción, que constituye la forma de expresión más típica en estos momentos de la vida, en que hasta pensamiento necesita hacerse acción para ser controlado. El adolescente no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta, aunque muchas veces la intenta y la busca.

Separación progresiva de los padres: Constituye una de las principales tareas, concomitante a la identidad adolescente, pues en el grupo encuentran la seguridad necesaria. Esto puede ocasionar problemas o discusiones entre padres e hijos, al negar los primeros que sus hijos están creciendo.

Constantes fluctuaciones del humor y el estado de ánimo: Estos se relacionan con un sentimiento de ansiedad y depresión vinculado a los duelos. Los duelos son un conjunto de representaciones mentales que acompañan a la perdida de un objeto (persona, estado, cosa) amado. La pérdida del objeto al cual se está afectivamente ligado, produce un “desgarro yoico”, una depresión ligada a los sentimientos de culpabilidad por la pérdida.

Los momentos de duelo más importantes, a lo largo de la adolescencia, pueden ser cuatro:

1. Duelo ante la pérdida de la infancia (11 a 12 años aprox.) que incluye: a) Duelo por la pérdida del cuerpo infantil y b) Duelo por la pérdida de los padres de la infancia. .

2. Duelo por la pérdida del grupo de pares (15 a 16 años), que incluye: a) Duelo por la pérdida de la grupalidad y b) Duelo por la referencia homosexual.

3. Duelo ante la pérdida de la libertad adolescente (22-24 años), que incluye: a) Duelo por la libertad “pareja” y b) Duelo por la libertad corporal.

4. Duelo por la pérdida de la casa paterna, que incluye: a) Duelo por la pérdida de la protección paterna y b) Duelo por la pérdida de la soltería.

La intensidad e importancia de estos duelos varía según las personas y las circunstancias. Generalmente, estos duelos corresponden a momentos de crisis y cambio, en las que se hace patente la variada sintomatología de la depresión (enlentecimiento motor, inhibición y falta de concentración, baja autoestima y hasta deseosos de muerte).

La elaboración de estos duelos se realiza mediante la experimentación consciente del luto, racionalizando y verbalizando la pérdida. La no superación de estos duelos conduce a un estado de frustración que se resuelve, bien con agresión (conductas agresivas, automarginación, etc.) o bien como disforia (anorexia, postración, pensamientos de suicidio, etc.), (Aguirre, 1998).

El repliegue autista se manifiesta como sentimiento de soledad, frustración, desaliento y aburrimiento. Durante este repliegue, el adolescente se prepara para la acción y elabora constantemente sus vivencias y fracasos. Cuando el adolescente sumergido en la más profunda desesperanza, logra superar y elaborar su duelo, puede proyectarse en una elevación y arrogancia, a veces desmedida. Si los intentos de la elaboración fallan, los cambios de humor pueden aparecer como microcrisis maniacodepresivas, (Aberasturi. 1989).

Durante la adolescencia no sólo se reedita la conflictiva edípica, sino que además se da un resurgimiento de tendencias pregenitales, fundamentalmente en la primera etapa. Según Ana Freud (1972), aunque en este período las tendencias genitales son predominantes, los intereses oral-anales retornan a la superficie y pueden manifestarse en la aparición de impulsos agresivos, crueldad, aumento de hambre, voracidad y en el hecho de que los hábitos de limpieza ceda al placer de la suciedad y el desorden.

Las formas reactivas desarrolladas antes de la adolescencia (asco, pudor, vergüenza, compasión) también amenazan derrumbarse, por lo que además de las tendencias exhibicionistas, pueden aparecer ocasionalmente la brutalidad y la crueldad a los animales.

En resumen hacer hincapié en que durante la adolescencia se logra la estructuración de la identidad personal, no significa que el adolescente carezca de ella, sino que está compuesta por todas las manifestaciones antes presentadas.

La adolescencia, aunque no necesariamente es siempre un periodo de gran estrés, es como ya se describió, un tiempo de cambios físicos, de definición del rol sexual, momento en que aparecen cambios psicológicos en la persona al definir sus propios valores éticos, la búsqueda de la solución teórica de los problemas trascendentes y de aquellos a los que se vera enfrentado a corto plazo

como el amor, la libertad, el matrimonio, la religión, etc., así como un interés de conocer la sexualidad, con todo lo cual se da la formación de la identidad, así como la maduración del individuo, (Aberasturi, 1989).

2.4. La psicosexualidad en los adolescentes

El comportamiento psicosexual es un hecho complejo en el que entran en juego dos elementos: la genitalidad, que alude directamente a su cambio biológico y la inclinación erótica, que alude a sus cambios emotivos. Estos dos elementos son el fondo donde surge la relación psicosexual entre un hombre y una mujer.

El desarrollo psicosexual adolescente debe entenderse no sólo como un aprendizaje más o menos desordenado, en función de las condiciones particulares de cada sujeto, sino como un proceso unitario en el que intervienen también, ciertas variables internas que permiten predecir el comportamiento sexual del adolescente, no obstante este desarrollo puede ser estimulado por el aprendizaje.

La interacción de los adolescentes con el contexto sociocultural que los rodea puede ser un factor decisivo que contribuye a acelerar, retrasar o diferenciar de modo significativo este desarrollo y su correspondiente expresión en forma de ciertos comportamientos psicosexuales, (Moraleda,1992).

2.5. Desarrollo psicosexual del adolescente

La maduración sexual y reproductiva es el tópico más sensible en la transición de la niñez a la adolescencia y potencialmente la más problemática. Muchos adultos no saben como comportarse frente a la sexualidad del adolescente y mucho menos manejarla.

Casi siempre cuando hablamos de la sexualidad en la adolescencia nos referimos a la parte problemática, como son los embarazos, enfermedades sexualmente transmisibles, especialmente el SIDA, entre otros; pero ninguno de ellos puede resolverse si no conocemos los aspectos más importantes del desarrollo psicosocial y sexual que comparten la mayoría de nuestros adolescentes.

A continuación se describirán las conductas más típicas en la mayoría de los adolescentes urbanos (cabe señalarse que en el área rural se modifica tanto el ritmo como la velocidad de algunas características del desarrollo psicosexual); dicha información se encuentra ordenada desde un punto de vista cronológico de acuerdo a las divisiones sugeridas por la OMS, que son: 1) Adolescencia temprana o primera fase (10 a los 14 años) y 2) adolescencia tardía o segunda fase (15 a los 19 años), (Monroy y col, 1996).

2.5.1. Adolescencia temprana o primera fase (10 a 14 años)

La adolescencia temprana, se inicia con los cambios puberales, la capacidad fisiológica de la excitación sexual y del orgasmo están presentes en niños de ambos sexos; más aun no esta claro, cuándo y cómo estas respuestas reflejas se vuelven erotizadas pero lo que sí sabemos que en la pubertad la erección y la lubricación vaginal ya están establecidas, por lo que la información al respecto debe ser oportuna.

De ahí que la manipulación de los genitales o bien masturbación o bien actividad autoeròtica se vuelva un tópico tan importante y llevado a cabo con gran intensidad, donde el fin principal para los adolescentes es buscar satisfacción y placer sexual, aunque en ocasiones en las mujeres se encuentra inhibida; a pesar de que existen muchos tabúes alrededor de ella, es parte necesaria y natural del

desarrollo pues al conocerse así mismas en la propia respuesta sexual, luego podrán compartir y disfrutar más de sus relaciones futuras y reales.

Según el psicoanálisis, la masturbación adolescente no es sino una prolongación de la masturbación infantil expresada de modo diferente. La característica de la masturbación adolescente es que, aunque su ejecución es autoerótica, ya se muestra abierta a la heterosexualidad por los fantasmas que la acompañan, los cuales con frecuencia son imágenes sexuales reales que implican un compañero o una chica a los que se sienten ligados por amistad; un rasgo esencial de estos fantasmas es el de servir de expresión de los deseos íntimos del sujeto así como su carácter de irrealidad. Esta irrealidad puede llevar al adolescente a convencerse de la ausencia de verdadera satisfacción sexual, lo que puede contribuir a abandonar su practica; o por el contrario puede redoblar su ejecución en su búsqueda incesante de placer que a la vez nunca alcanza plenamente, (Aguirre, 1998).

Alsteen (1970) decía que la masturbación es una llamada “al otro”, debido a que las imágenes y fantasmas que la acompañan y alimentan están orientados hacia objetos exteriores, distintos de su propio cuerpo. Pero si “el otro” se encuentra ahí, en imagen, también se encuentra realmente ausente. Por lo que para él, la masturbación recalca al adolescente su soledad, sus límites, su finitud. Ya que sólo queda como un intento para combatir aquel vació.

La investigación psicoanalítica muestra también como con el despertar de las glándulas sexuales se reactiva en el adolescente, su primitiva orientación hacia los antiguos objetos de amor; los padres. Pero estos deseos se encuentran con la barrera de la prohibición del incesto. La tensión encuentra entonces su cauce en la masturbación, viviendo así de manera inconsciente, esta relación heterosexual con los padres, representados a nivel simbólico por los fantasmas de los amigos u otra persona. Pero esta relación, aunque imaginaria, conserva su carácter

incestuoso. De ahí, que cuando los fantasmas que la acompañan son genitales, reactiven los antiguos miedos a la castración, (Alsteen, 1970).

Contra la presencia de la genitalidad y su correspondiente reactivación del complejo de Edipo, que funciona como fuentes principales de culpa para el adolescente, este puede adoptar diferentes aptitudes para defenderse, según A. Freud (1974) los principales mecanismos de defensa empleados en la adolescencia son: el ascetismo, la sublimación y la intelectualizaciòn..

Ahora bien la etapa masturbatoria o autoerótica, le sigue una etapa homoerótica, llamada así porque en ella es frecuente la aparición de amistades de alto tono afectivo con personas del mismo sexo. Esta supone un avance sobre la etapa anterior ya que el adolescente no busca el placer en sí mismo sino en una relación con otro del mismo sexo. Así como la etapa autoeròtica es fundamentalmente física (genital), ésta es más bien emotiva, (erótica), (Aguirre 1998).

El psicoanálisis explica este tipo de relaciones isofílicas u homoeróticas como un proceso, fruto del abandono de las imágenes parentales primeros objetos de amor e identificación en la infancia y un desplazamiento de la sexualidad hacia nuevos objetos de amor e identificación.

En este tipo de relaciones intimas se efectúa una identificación del adolescente con alguien semejante a él o a ella, quien tiene los mismos problemas, dudas, ansiedades, amistades, rebeliones, entusiasmo; lo que le ofrece la oportunidad de compartir todo aquello que solo no podría enfrentar, de ahí que esta amistad sea de importancia capital y desempeñe un papel considerable en la evolución y crisis del adolescente, (Sullivan, 1997).

Estas amistades suelen ser exclusivas, fervorosas, celosas y se parecen al amor, al que preceden, sobre todo en las chicas. Y como en el amor, se ven invadidas de tempestades, rupturas, perdones y reconciliaciones. La traición de un amigo (a) íntimo puede suponer para un adolescente una experiencia sumamente dolorosa, no solo por su necesidad intensa de amor, sino por que se pone en juego su valor mismo, (Moraleda, 1992).

En esta edad el amigo íntimo desempeña el valor de sostén del yo; o mejor, es otro yo; un yo idealizado que reenvía al adolescente a una imagen aseguradora de sí mismo. De ahí que dicha relación sea tan importante y así las consecuencias que vienen cuando se rompe. En la base de esta amistad se encuentra mucho narcisismo, ya que la relación con el amigo (a) es una relación de espejo, (Sullivan, 1997).

La amistad en esta edad no suele resistir a la separación; el momento en que uno de los adolescentes se oriente hacia el otro sexo será suficiente para que la amistad se disuelva, sobre todo si uno de los amigos (as) es más joven o menos desarrollado.

Otro hecho que evidencia la curiosidad sexual en esta etapa es el interés por las revistas, películas y videos eróticos, pornográficos, así como el lenguaje y los chistes sexuales. En general la adolescencia temprana finaliza al aparecer la heterosexualidad.

2.5.2. Adolescencia tardía o segunda fase (15 a 19 años)

La adolescencia en su segunda fase se caracteriza por mayor autonomía e independencia, especialmente respecto a los padres y figuras de autoridad; por lo que es en este momento cuando las relaciones recíprocas toman mayor importancia.

Los (as) adolescentes buscan la mutua compañía para procurarse apoyo y guía, pero no tardan mucho en captar que los miembros del grupo al que pertenecen o desean pertenecer, tienen aspiraciones, controles sociales y normas de conducta diferentes a las propias. Es ahí cuando aparecen las presiones del grupo, donde se pondrán en juego los valores y normas personales, así como su capacidad para tomar decisiones adecuadas, ya que bien puede encontrarse en un grupo donde el código de conducta sexual sea muy conservador y aquel que no lo acate, cargará con una terrible "reputación" que podría marcar su vida futura (esto principalmente en las mujeres). O bien por el contrario pueden existir grupos donde la iniciación sexual sea motivo de prestigio y los que no se ajusten a dicha condición, serán los anticuados y puritanos. Todas estas circunstancias provocan en muchos jóvenes, el que hagan cosas de las cuales no están totalmente convencidos, sólo con el fin de sentirse parte de "algo".

En sus ansias por liberarse de la supervisión de los padres y/o adultos, algunos(as) adolescentes ven en el sexo un medio de demostrar su aptitud para tomar decisiones propias y especialmente denotar un cambio drástico en su escala de valores (la cual generalmente debe contradecir a la impuesta por los padres). Pero tal conquista no es fácil ya que cada uno (a) adquieren de un modo u otro, un gran legado sexual tanto de sus mayores como de la generación correspondiente, en el que se incluyen pautas discriminatorias hacia el sexo femenino y un intenso sentimiento de culpabilidad; o bien el manejo de una doble moral donde el hombre si puede ejercer libremente su sexualidad mientras que la mujer no.

Lo que es una realidad es que los adolescentes siguen cargando con toda una serie de problemas sexuales, mala información y gran desconocimiento en materia de sexualidad, (Masters, 1995).

Es también en esta fase cuando los (as) muchachos (as) inician su apertura a la heterosexualidad. Los psicólogos evolutivos, distinguen cuatro etapas diferentes en la evolución heterosexual:

La fase de idealización / romanticismo

La fase heterosexualidad en grupo (flirteo o coqueteo)

La fase de enamoramiento.

Fase de noviazgo.

En ella el descubrimiento y conocimiento de la heterosexualidad no se inicia con aproximaciones reales entre los sexos, sino que en un momento prevalecen la idealización y el romanticismo.

Fase de idealización

En la idealización, el deseo de establecer contactos de naturaleza heterosexual existe, pero antes de llevarlos a cabo dentro del grupo de pares, éstos sólo ocurren en la fantasía. El fantasear las relaciones sexuales suponen los(las) adolescentes un entrenamiento de rol que ejercerán en la realidad.

Generalmente la persona hacia lo que vuelcan sus fantasías suele ser mayor (maestros, amigos de los hermanos mayores, actores, etc.). En si se trata de amores platónicos, cuyas fotografías cubren las paredes, los cuaderno y monopolizan las platicas entre amigos del mismo sexo.

La intensificación del deseo que suponen estas fantasías de relaciones con personas tan distantes se resuelve la mayoría de las veces mediante la masturbación.

En este momento en el que la idealización y el romanticismo son tan intensos, sería contraproducente mantener relaciones sexuales, ya que serian vividas como una experiencia frustrante y sucia, al no estar integrado en la personalidad adolescente la ternura y genitalidad, (Aguirre 1998).

Fase de la heterosexualidad en grupo de pares (Flirteo o coqueteo)

El primer acercamiento o exploración real del otro sexo se realiza generalmente a través del grupo mixto. Las relaciones que se establecen entre ellos son superficiales e inestables. Son frecuentes los cambios de pareja sin que existan verdaderos dramas afectivos. Es el periodo de coqueteo, en donde las primeras citas adquieren gran importancia, donde es importante impresionar a la posible pareja.

La coquetería adquiere un papel fundamental, es el momento en el que hacen 20 cambios de ropa, se prueban varios peinados, lociones, etc. hasta sentirse guapos(as) lo que equivale a sentirse seguros(as) de su aspecto exterior y es sólo así como acuden a sus citas, las cuales también responden a una satisfacción de narcisismo exhibicionista.

Es la edad de las discotecas; a través del baile, los(as) adolescentes satisfacen sus deseos de aproximación física hacia el otro sexo, lo cual permite la liberación de la tensión sexual que no puede encontrar salida en una relación completa.

Generalmente los contactos se reducen a paseos, caricias, besos, miradas cómplices, entre otros. Debido a que el sentimentalismo está totalmente ausente en este tipo de relación puramente exploratoria, la disociación entre sexo y afecto es ahora máxima.

Fase del enamoramiento

Esta fase sigue al coqueteo, alternando ocasionalmente con él, sólo que la primera se distingue en el hecho de que el tipo de relaciones son más selectivas así como emotivas e irracionales.

En el enamoramiento ocurren diferentes transformaciones en los(as) adolescentes, entre ellas esta el que nada les importa si no son vistos, sentidos o vividos a través del otro (pareja), todo pasa a segundo plano. Un segundo mecanismo que se dispara en el enamoramiento es la tendencia a modificar las posibles discrepancias entre ambos enamorados, todo es formidable, disculpando e ignorando la presencia de aspectos negativos en la pareja.

De igual modo existen otros cambios en los(as) adolescentes que atraviesan esta fase. Cuando están enamorados, suelen perder el apetito, el sueño o viceversa. La ansiedad, palpitaciones, rubor y palidez son los síntomas más comunes y visibles. La concentración se desvanece, viven pensando en el ser amado. Durante el enamoramiento se sienten felices y motivados; todo se vuelve hermoso nada les molesta en sí, se encuentran en un estado de completa armonía, desafortunadamente es de poca duración ya que se basa en una carga irracional. Cundo ese estado acaba hay dos opciones: puede transformarse en amor, sentimiento más complejo y adecuado a la realidad o termino del mismo modo rápido e irracional como inició.

El problema es que si no termina al mismo tiempo en los miembros de la pareja, entonces quien sufre del alejamiento del otro, puede entrar en un estado de depresión profunda y sentirse sumamente decepcionado.

La atracción sexual en estos primeros encuentros es diferente entre sexos, por ejemplo la precocidad en el inicio de las relación heterosexuales en las chicas, debido a que ellas maduran antes que los varones; o bien la presencia de mayor experiencia en la actividad sexual por parte de los muchachos, sin olvidar que lo anterior esta influenciado por diversos factores culturales o personales. Otra diferencia es el significado que le dan a las relaciones heterosexuales, generalmente las muchachas le dan un significado más emotivo (sentimientos) en tanto los muchachos lo ven de manera física (genital), (Aguirre, 1998).

Lo anterior puede provocar dificultades tanto en ellas como en ellos, ya que los chicos no alcanzan a comprender las demandas de una relación profunda y duradera que les piden las muchachas; y las chicas no entienden como deben responder a las demandas de satisfacción sexual, cuando ellas mantienen un sentimiento platónico. Estas divergencias pueden llevarlos a tomar decisiones equivocadas, que pueden afectar sus vidas.

Fase del noviazgo.

La relación del noviazgo es para un alto porcentaje de adolescentes (especialmente para ellas) no sólo una relación que lleva a la comunicación y fecundidad, sino también un estimulo que los lleva a un estado psicológico especial, caracterizado por la euforia, el entusiasmo ante la vida el deseo de madurar juntos tomando decisiones cada vez más complejas y profundas, en sí un deseo de entrega al otro.

Un punto que aclara la calidad de la relación heterosexual en el noviazgo es como se valoran la fidelidad en el amor así como la sinceridad: Si el binomio sinceridad-amor no está presente, la relación puede terminar, ya que los(as) adolescentes en esta fase ven sus relaciones como un proyecto de la vida mutuamente comprometidos y en un plano de igualdad. Esta felicidad la viven de un modo más consciente y constructivo, con el deseo de entregarse a esa relación sin reservas.

2.6 Definición de actitud

Las actitudes son esenciales para condicionar al individuo para un comportamiento aceptado socialmente, a su vez, los conocimientos permiten un discernimiento racional del comportamiento, influyendo por lo tanto en las actitudes del individuo, fortaleciéndolas, y haciéndolas más perdurables.

Alrededor de la sexualidad se han conformado una serie de actitudes a través de la imitación y el reforzamiento de una acción, es decir, el individuo desde la infancia tiende a responder a las influencias del medio ambiente por medio de la imitación. Aunque muchas personas piensan que la imitación es inherente al individuo e incluso la consideran como algo intuitivo y/o hereditario.

Existen una gran variedad de definiciones de actitudes, las cuales varían dependiendo de cada autor y de su enfoque teórico. Por ello nos parece conveniente retomar algunas.

Coll (1992) refiere que las actitudes se definen como tendencias o disposiciones adquiridas y relativamente duraderas a evaluar de un modo determinado un objeto, persona, suceso o situación y a actuar en consonancia con dicha evaluación.

Rodríguez (1992), Considera que “la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social o cualquier producto de la actividad humana”.

Summers (1976), “estima a la actitud como una respuesta implícita forzada que es considerada significativamente en el ambiente del individuo”

Pick de Weeiss (1976), “es el grado de afecto positivo o negativo hacia un objeto psicológico”.

Con base a las definiciones expuestas anteriormente podemos sintetizar que las actitudes se encuentran compuestas por tres grados distintos: un componen afectivo, un componente de comportamiento y un componente cognoscitivo; el primero se refiere a los sentimientos a favor o en contra de la persona respecto a un objeto, el segundo se refiere a la tendencia o predisposición ha actuar de acuerdo a una idea o sentimiento que se tiene hacia un objeto, y tercero se refiere a la presentación cognoscitiva de dicho objeto la cuál puede ser vaga o errónea.

Al respecto Fishbein (1975), menciona que las actitudes poseen cuatro funciones distintas que sirven su mantenimiento o modificación:

a) ego-defensivas; proporcionan protección al individuo impidiendo el reconocimiento de verdades desagradables sobre el mismo.

b) instrumental o ajustativa-utilitaria; se busca la adaptación al medio complejo de modo que las actitudes adoptadas procuren maximizar las gratificaciones y minimizar los castigos.

c) valor-expresiva; permite a la persona expresar sus valores fundamentales y de esta manera obtener gratificaciones.

d) función de conocimiento; se basa en la necesidad del individuo de dar estructura a su universo, de comprenderlo y de darle sentido.

Todo ello nos lleva a concluir que las actitudes son variables intercurrentes, directamente inferibles de hechos observables y que constituyen una organización cognoscitiva duradera que incluye un componente afectivo a favor o en contra de un determinado objeto, y predispone a la acción. Aunque las actitudes sean consideradas como predicciones erróneas, no hay duda que muchas veces es posible predecir una conducta a través del conocimiento de una actitud.

El término de conocimiento desde el enfoque de la sexualidad podría definirse como aquellos hechos y procedimientos que se enseñan a un individuo qué debe o no hacer y en la suficiente información sobre el porque no debe hacerlo.(Kirlander,H.F.,1973)

Generalmente se dice que un conocimiento es la asimilación de ideologías, creencias, doctrinas, valores, Etc. Las creencias representan la información sobre un objeto. El objeto y el atributo se refieren a cualquier aspecto de la personal. Otra muy importante es la experiencia. El término conocimiento además de significar creencias, información, sabiduría, etc. coadyuva experiencia, sea adquirida de modo no sistemático a lo largo de los años en el proceso de la vida misma, o adquirida de manera más formal mediante procedimientos tales como la literatura. Por ejemplo una actitud puede ser el resultado final de una acumulación gradual de información sobre hechos, acumulación que se produce a lo largo de los años. Algunas actitudes adquiridas de este modo son las actitudes hacia la sexualidad, el amor. Otras pueden ser el resultado de una experiencia

dramática, intensa o súbita; el temor, el miedo (Federico, K; 1973 citado en Kilander, 1973).

2.6.1 Técnicas para el cambio de actitud

Existen diversas **técnicas participativas** para el cambio de actitudes. Nos referiremos primeramente a la técnica de role-playing por la posibilidad de aplicarla en numerosas situaciones escolares.

Role – playing

Esta técnica implica la dramatización o la representación mental de distintos papeles que se asumen como propios. Requiere que los participantes adopten de forma activa el papel de otra persona, normalmente alguien con quien tiene dificultades en sus relaciones interpersonales. El objetivo es producir cambios en la percepción y la evaluación de la otra persona.

Pero la representación personal del papel y la experiencia de lo que el otro siente amplían marcadamente las posibilidades que se produzca el cambio de actitud.

Entre las ventajes de esta técnica se ha destacado la preferencia por la participación activa por encima de la recepción pasiva de la información para generar un cambio de actitud con respecto a un objeto, una persona o una situación.

Diálogo, discusiones y técnicas de estudio activo

Los cambios actitudinales que implican la participación activa y sistemática tienden a ser cambios duraderos y persistentes.

La participación en diálogos y discusiones dentro del aula obliga a los alumnos a elaborar sus propios argumentos y a exponer sus actitudes a favor o en contra de un objeto, persona o situación reales.

La técnica de role-playing crea, en definitiva, situaciones ficticias que poseen un importante componente de juego. Las discusiones, debates y diálogos con personajes reales ocupando su propio rol y tratando temas de interés académico o humano para los participantes pueden, por tanto, ejercer una mayor influencia en los alumnos que las técnicas que actúan sobre una situación artificial y que producen en los individuos la sensación de que están realizando un experimento.

Exposiciones en público

Las exposiciones en publico pueden ser una fuente reforzadora de actitudes y, por tanto, de establecimiento de vínculos consistentes entre actitudes y comportamientos.

Toma de decisiones

La toma de decisiones por parte de los alumnos sobre su actuación en el aula seria el último paso en la secuenciación del aprendizaje de actitudes y valores. Las actitudes no son los únicos determinantes del comportamiento, pero

ejercen una importante influencia en el, en la intencionalidad y en la toma de decisiones.

Aunque ya hemos visto que las actitudes son constructos subjetivos no siempre definidos por la lógica y que las personas, aunque en términos generales, persiguen la consistencia de sus actitudes y de los vínculos entre sus actitudes y sus comportamientos, no siempre actúan de manera consistente con sus actitudes, el contexto escolar se caracteriza porque exigen que los alumnos encaminen su aprendizaje hacia el logro personal lo mas racionalmente posible. El que la escuela exija a los alumnos que reflexionen sobre sus actitudes, comportamientos y conocimientos del modo mas racional posible con vistas a obtener los mejores resultados personales, no implica que el proceso por el cual los alumnos lleguen a una decisión sea un proceso estrictamente racional de hecho, los estados afectivos y emocionales tiene una influencia sobre la toma de decisiones mayor que sobre otros procesos psicológicos.

Las actitudes son constructos hipotéticos creados por los psicólogos sociales, por lo que no son directamente observables.

Los científicos sociales han desarrollado diversos métodos específicos de medición de las actitudes. Los instrumentos para medir actitudes se clasifican de acuerdo con los tipos de respuestas dadas por los sujetos, incluidas las respuestas emitidas naturalmente por un determinado individuo.

Si bien es cierto que existen numerosos indicadores no verbales de las actitudes gestos faciales y corporales, silencios, miradas, etc, estos presentan serias limitaciones para el observador no entrenado.

En general, se procede presentando algún tipo de estimulo estandarizado escalas de actitud y cuestionarios, calculado para licitar respuestas que

manifiesten actitudes, sin por ello alterarlas o crearlas. Es decir, se trata de conseguir que la persona traduzca una actitud interna en un comportamiento o expresión verbal externo. Las respuestas verbales son las más usadas tanto porque pueden ser fácilmente provocadas como por el hecho de que muchos psicólogos sociales conciben las actitudes de tal modo que dan a la expresión verbal de las mismas una gran relevancia.

En la escuela las actitudes pueden evaluarse principalmente a partir del comportamiento y atendiendo a las respuestas de los individuos ante el mensaje persuasivo; es decir, se trata de evaluar si los alumnos han aprendido las actitudes observando si manifiestan de hecho los comportamientos que se les pretendía enseñar.

CAPITULO 3

ANTICONCEPCION, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES

CAPITULO 3

ANTICONCEPCION, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES

3.1 Anticoncepción en la adolescencia

En México, el programa de Salud Reproductiva 1995-2000 plantea como uno de sus propósitos generales proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información, educación, comunicación y a los servicios de salud reproductiva. Se establece también que las acciones en este campo deben salvaguardar las condiciones de intimidad, confidencialidad y consentimiento informado.

Un alto porcentaje (80.9) de los adolescentes ha tenido conocimiento formal o informal de la metodología anticonceptiva existente. La cifra para los adolescentes. Sin embargo, sólo 44 de 100 adolescentes declaró haber utilizado algún método en la primera relación sexual es el condón (78.9%), seguido de las pastillas (10.1%), el DIU (3.2%) y los inyectables (1.5). La anticoncepción de emergencia no es un método conocido por los y las adolescentes o al que recurran con frecuencia. Sólo 2 de cada 10 adolescentes mujeres lo han puesto en práctica al menos una ocasión. El sitio de obtención de los anticonceptivos es la farmacia en un 85.7, lo cual denota la necesidad de capacitar a los prestadores de servicios, (Encuesta gente joven 99, Mexfam).

3.2 Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias, procedimientos u operaciones que se utilizan para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo.

Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad después de su uso, se clasifican en métodos temporales y permanentes.

Métodos temporales son:

- Hormonales orales (pastillas)
- Hormonas inyectables
- Dispositivo intrauterino
- Condón
- Espermicidas
- Tradicionales (método de abstinencia periódica, método de la temperatura basal, método del moco cervical, método del ritmo o calendario y coito interrumpido).

Métodos permanentes son:

Oclusión tubaria bilateral o Salpingoclasia

Vasectomía

3.3 Métodos temporales

3.3.1 Pastillas anticonceptivas

Son tabletas que contienen hormonas sintéticas que impiden la ovulación y por tanto la fecundación. Se administran por vía oral. Los anticonceptivos orales se dividen en dos grupos:

1.- Los anticonceptivos combinados de estrógeno y progestina.

2.- Los anticonceptivos que contienen progestinas solas (mini píldoras)

Las presentaciones de las pastillas combinadas pueden ser en paquetes de 21 a 28 tabletas o grageas; en el segundo caso las últimas 7 pastillas de cada ciclo no contienen hormonas. Los anticonceptivos combinados contienen dosis variables de etinil estradiol (de 20 a 50 microgramos), así como tipos y dosis variables de progestinas sintéticas. Para las adolescentes la primera elección debe ser utilizar dosis bajas de estrógenos: 35, 30 ó 20 microgramos de etinil estradiol.

Las mini píldoras contienen dosis muy bajas de progestinas; la ventaja de éstas es que al ser desprovistas de componentes estrogénico, no causan efectos

secundarios ni metabólicos, ni tienen las contraindicaciones médicas del estrógeno.

La efectividad de los anticonceptivos combinados bajo condiciones habituales de uso es del 92% al 99%; la efectividad de la mini píldora es menor al de las pastillas combinadas (entre 90 y 97 % en caso de toma correcta).

Es conveniente que la pastilla se asocie a alguna rutina de la adolescente, ya que la toma de las pastillas debe iniciar dentro de los primeros 5 días del ciclo menstrual, tomándolas posteriormente en forma continua y sin interrupción.

Dentro de las ventajas de las píldoras está su alta eficacia para evitar el embarazo, la falta de preparativos especiales previos a la relación sexual, es reversible, disminuye la mayoría de trastornos del ciclo menstrual y puede tener relaciones sexuales el día que se desee, entre otros.

Las desventajas son que no protegen de las ETS, necesitan motivación diaria, afectan la lactancia y pueden causar algunos efectos colaterales como: amenorrea o manchado intermenstrual, hipersensibilidad mamaria náusea, cefalea y variaciones del peso corporal, (Rivera y Arangon, 1999).

3.3.2 Inyecciones anticonceptivas

La inyección mensual contiene 5 mg. de estradiol y dosis muy bajas de hormonas. Actúa inhibiendo la ovulación, modifica el moco cervical y altera el endometrio.

Los adolescentes sólo deben usar inyecciones mensuales, ya que contienen dosis de hormonas significativamente inferiores a las inyecciones de

dos y tres meses. La primera inyección se debe aplicar dentro de los primeros cinco días después del inicio de la menstruación, se debe aplicar de forma intramuscular y la siguiente inyección debe aplicarse 30 días después.

Sus ventajas son que no afecta el coito, no está contraindicada durante la lactancia, tiene efectividad anticonceptiva muy elevada, garantiza privacía y confidencialidad, su forma de administración es sencilla práctica y de larga duración.

Dentro de las desventajas hay más alteraciones menstruales, puede producir aumento de peso, cefaleas, cambios de humor y no protege del VIH-SIDA ni de otras ETS.

Este método es útil para los adolescentes ya que permite utilizarlo una sola vez al mes y en forma discreta; además, por tener bajas dosis no afecta la fertilidad posterior, como sucedía con los inyectables de dos y tres meses.

Si se utiliza la inyección y hay pérdida repentina de la visión, dolor intenso de cabeza, dolor agudo en el pecho, dolor en las extremidades o intolerancia a las irregularidades menstruales es importante visitar al médico, (Rodríguez y Aguilar, 1998).

3.3.3 Pastillas de Anticoncepción de Emergencia (PAE)

Estas pastillas sirven para prevenir un embarazo no deseado después de una relación sexual no protegida. Las PAE son hormonas orales de uso común, pero se administran de manera diferente. No interfieren con un embarazo ya establecido, por lo que no deben ni pueden ser consideradas como un método abortivo.

Pueden utilizarse pastillas anticonceptivas de altas dosis conocidas en México con las marcas comerciales de Ovral, Eugynon, Neongynon y Nordyol; o las de bajas dosis conocidas como Microgynon y Nordete o Lofemenal.

Su efectividad anticonceptiva es del 98%, de cada 100 mujeres que las usan en cada relación sexual; sólo 2 pueden quedar embarazadas. Los PAE están indicados en caso de relaciones sexuales no protegidas; en caso de fallas o errores el uso de anticonceptivos, por ejemplo, olvidos de pastillas o inyecciones, o ruptura del condón; en casos de violación (sea por fuerza física o presión psicológica).

Este anticonceptivo brinda protección hasta tres días (72 horas) después de la última relación sexual sin protección. Previene un embarazo pero no lo interrumpe, es decir, no servirán si ya hay retraso menstrual. Por el corto tiempo que pueden usarse es importante informar sistemáticamente a todos los adolescentes sobre este recurso de emergencia antes de que lleguen a necesitarlos.

Las PAE pueden producir náusea, vómitos y dolor de cabeza, por lo que es aconsejable tomarlas con alimentos. Si se presenta vómito en la primera hora después de la ingestión de las pastillas se debe repetir la dosis; en caso de vómito intenso y repetido es posible indicar la administración vaginal.

Tiene como desventaja el no proteger del SIDA y otras ETS, causa una mayor incidencia de efectos colaterales (náusea y vómito) que las pastillas anticonceptivas de uso normal. Requiere conocimiento previo por parte del adolescente para su uso, así como de servicios accesibles en términos de horario y cercanía física, por la corta ventana de intervención, (Rivera. Aguilar y Schlavon, 1999).

3.3.4 Dispositivo Intrauterino (DIU)

El DIU es un objeto de material sintético (plástico al que pueden adicionársele otras sustancias que potencien su efecto. Al DIU que no tiene ningún material complementario se le llama inerte o dispositivo de generación, y aquellos que tienen cobre u hormonas se les llama bioactivos o de segunda generación.

Los mecanismos de acción de los dispositivos no se tienen del todo claros y se continúan los estudios para conocerlos a fondo: sin embargo, se piensa que son los siguientes: no permite la fecundación; no permite el transporte del huevo, con el que se previene la implantación

El dispositivo debe ser colocado por un médico capacitado en éste tipo de método. El DIU se coloca dentro del útero utilizando un aplicador especial y una técnica aséptica. Es recomendable que sea colocado durante la menstruación o inmediatamente después de ella, o bien después del parto o de un aborto.

Tiene como ventajas que se puede usar durante varios años, dependiendo del tipo de dispositivo que se trate, la mujer no tiene que pensar en tomar un método de planificación familiar cada día o cada vez que tenga un contacto sexual. Una vez que se aplica no hay gastos adicionales ya que sólo requiere de visitas al médico cada seis meses o cada año.

El procedimiento de inserción es rápido y sencillo, es fácil de extraer; se inserta una sola vez y puede duran hasta 8 años. Ofrece protección continua y efectiva y no interfiere con el acto sexual.

Desafortunadamente puede en ocasiones resultar dolorosa la inserción, algunas veces se producen dolores o sangrado intermenstrual. En ocasiones el organismo llega a expulsarlo, no protege de las ETS y el SIDA.

Puede incrementarse las posibilidades de contraer una enfermedad inflamatoria crónica en aquellas mujeres que tiene varios compañeros sexuales. Si se da el embarazo con el DIU puede haber complicaciones, (Rivera et al, 1999).

3.3.5 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 borde redondeado. Los condones se envasan sobre el borde abierto, a veces lubricados y herméticamente sellados en bolsas de plástico.

Al envolver al pene retiene todo el líquido seminal eyaculado y así evita que llegue a ponerse en contacto con la vagina, con lo que se impide la fecundación.

Para usarlo se debe romper el sobre que lo contiene y desenrollar el condón sobre el pene en erección poco antes del contacto sexual, teniendo cuidado de dejar un espacio en el extremo para recibir el semen.

Si se realiza una nueva penetración deberá utilizarse otro preservativo. Los condones deben guardarse en un lugar fresco y nunca usarse más de una vez. Tampoco debe usarse después de la fecha de caducidad, ni más de 5 años después de la fecha de fabricación.

Sus principales ventajas son que ayuda a prevenir el contacto de ETS y el SIDA. Su venta no requiere receta médica, es comercial y relativamente barato; es fácil de llevar, se usa con facilidad, No causa complicaciones de tipo médico y da la oportunidad al varón de participar con su pareja en la prevención del embarazo.

Tiene como principales desventajas que el hombre puede presentar sensibilidad o alergia al látex, además de que puede romperse o no ser retirado adecuadamente y provocar derramamiento de semen, (Aguilar, Botello, 1998).

3.3.6 Espermicidas

Son sustancias químicas que se colocan antes del coito dentro de la vagina. Existen numerosas presentaciones, como espumas, tabletas vaginales, jaleas, cremas, óvulos y esponjas vaginales. Actúan paralizando la función de los espermatozoides.

Se utiliza introduciendo la sustancia en algunas de sus presentaciones, con un aplicador o en el caso de los óvulos, con los dedos, 15 minutos antes de empezar el contacto sexual. Después del coito no deben realizarse lavados vaginales antes de 6 horas. Si existe otra penetración se necesitara una nueva aplicación.

Las esponjas vaginales incorporan un espermicida en un vehículo de poliuretano en forma de hongo, que se humedece con las secreciones de la vagina. La esponja puede insertarse hasta 24 horas antes del contacto sexual y utilizarse para múltiples contactos sexuales dentro de las 24 horas siguientes a la inserción. Deberá retirarse 6 horas después del contacto sexual.

Tiene como ventajas el hecho de estar disponible sin necesidad de receta médica, es relativamente barato y de fácil aplicación, además de que puede combinarse con otros métodos para mayor eficacia.

Sus desventajas son que su aplicación puede interrumpir el acto sexual, puede causar alergias, su uso requiere motivación especialmente no protege del VIH-SIDA ni de otras ETS, (Pérez y Larra, 1994).

3.3.7 Métodos de abstinencia periódica o métodos naturales

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, con los que se reduce, la posibilidad de la concepción aunque también se puede utilizar este método para planear el embarazo. Existen variantes de este método: las más comunes son: Método de la temperatura basal, método sinto-térmico y método del ritmo.

3.3.8 Método de la temperatura basal

Está basado en la observación de los cambios de temperatura basal con el fin de identificar la fase del ciclo de ovulación. La temperatura basal es a temperatura del cuerpo, después de un profundo descanso. En una mujer, está en un nivel más bajo durante la primera parte de su ciclo menstrual. Luego, alrededor del tiempo de la ovulación la temperatura sube un nivel un poco más alto y se mantiene así hasta el inicio de la menstruación.

Para usar esté método, la mujer debe tomar su temperatura diariamente al despertar y antes de realizar cualquier actividad. Al tomar la temperatura, la registra en una gráfica. Con este método la pareja evita las relaciones sexuales

desde el primer día de la menstruación hasta que haya confirmado la ovulación y esperando un número específico de días después de la misma.

3.3.9 Método del moco cervical

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. Después de la menstruación, generalmente la mujer experimenta una sensación de resequedad y al observar sus secreciones no nota moco cervical. Conforme avanzan los días del ciclo, el moco empieza a bajar y va cambiando de un flujo pastoso y pegajoso a un flujo resbaloso y filante (es decir, se puede estirar entre los dedos). La sensación vaginal cambia de la resequedad a una sensación de humedad. Luego de la ovulación, el moco vuelve a tener las características de pegajoso y pastoso o la mujer no nota moco cervical hasta después de la siguiente menstruación.

Para usar este método, la mujer debe observar sus secreciones cervicales diariamente, cada vez que vaya al baño. También debe poner atención a la sensación vaginal (resequedad). Al final del día debe registrar sus observaciones en una gráfica.

3.10 Método sinto-térmico

Este es sólo una combinación del método de temperatura basal con el moco cervical, su principal ventaja es que da mayor información a la pareja para detectar el período fértil.

3.3.11 Método del ritmo o calendario.

Consiste en llevar a cabo contactos sexuales únicamente en la época infértil de la mujer, de acuerdo con su ciclo menstrual. Evitando así tener contacto sexual 5 o 7 días anteriores a la ovulación, ni los 5 o 7 días posteriores

La ovulación ocurre de 14 a 16 días antes de la menstruación. La ovulación se detecta cuando hay un cambio. Este método no es recomendable para adolescentes porque la mayoría de sus relaciones no son planeadas; en los primeros años sus ciclos son irregulares lo que les dificulta llevar el método de forma adecuada.

3.3.12 Coito interrumpido

Es la interrupción del contacto sexual antes de que el esperma sea depositado dentro de la vagina, es decir, el semen se descarga fuera de los genitales femeninos. Su mayor problema es que requiere un alto control emocional, lo cual es muy difícil para un adolescente y es poco confiable ya que pueden salir espermatozoides en el liquido que producen las glándulas de Cowper; adicionalmente no evita contagio de ETS, (Aguilar et al, 1998).

3.4 Métodos permanentes

3.4.1 La esterilización masculina o vasectomía. Es el corte y ligadura realizados en los conductos deferentes unos centímetros arriba de los testículos, para interrumpir el paso de espermatozoides y su salida en la eyaculación. Es 99% segura pero solamente se realiza a adultos con la seguridad absoluta de no querer procrear otro hijo. Es definitiva. Se hace bajo anestesia local y es una técnica que dura alrededor de 20 minutos.

3.4.2 Salpingoclasia es una técnica que se logra mediante la oclusión permanente 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 se la practique cuando crea que ya tiene los hijos que desea.

En ambas operaciones su efectividad es elevada y segura, pero no es recomendable para adolescentes o personas jóvenes ya que es irreversible por lo menos en el caso de la mujer, (Aguilar et al, 1998 y Rodríguez, 1998).

Aunque contar con información es importante pero no es suficiente, ya que no serviría de nada que los adolescentes sepan todo lo antes mencionado, si no lo ponen en práctica y esto va de la mano con la actitud que tienen los(las) adolescentes, desde los pensamientos erróneos de “a mi no me va a pasar” hasta “eso no es cierto no es tan grave”, es de aquí donde nace nuestra propuesta para poder brindar esta información a la población adolescente mediante técnicas diferentes que permitan interesarlos y permitan que se apropien de conocimientos y los pongan en práctica.

METODOS ANTICONCEPTIVOS			
Método	Efectividad	Ventajas	Inconvenientes
Temporales Hormonas Orales	97% - 98%	Fácil de usar no interfiere en el coito; regula los ciclos menstruales; reduce las hemorragias y los dolores de la menstruación.	Debe tomarse todos los días; necesita un control periódico; Puede tener efectos secundarios, como nauseas o aparición de manchas en la piel, durante el período; posibles problemas circulatorios.
Hormonas Inyectables	98% - 99%	No afecta el coito. Fácil de usar, ya que se utiliza una vez al mes en forma discreta.	Alteraciones menstruales, aumento de peso, dolor de cabeza, cambios de humor, no protege de ETS y SIDA.
Pastillas anticonceptivas emergentes (PAE)	98%	Previene un embarazo no deseado después de una relación sexual no protegida. Brinda protección hasta tres días(72 hrs) después de la ultima relación sexual sin protección.	Requiere conocimiento previo para su correcto uso.
Dispositivo Intrauterino.	95% - 98%	Fácil de usar; no interfiere en el coito, es necesaria la visita periódica, al especialista.	Debe introducirlo el especialista, puede causar hemorragias, infecciones, dolores y trastornos de la regla; validez limita.
Condón	80% - 90% Su efectividad es mucho mayor cuando se utiliza con espermicidas.	Fácil de usar; barato y fácil de obtener, protección muy efectiva contra algunas ETS., los hombres comparten la responsabilidad en la planificación familiar.	Algunos hombres y mujeres se quejan de perder sensibilidad. Necesidad de retirar el pene de la vagina cuando aquél todavía está en erección.
Espermicidas. (espumas, supositorios, óvulos).	80% - 90% (Combinado con otro método anticoncepti-vo de barrera)	Sin riesgos para la salud, protege contra algunas ETS.	Se aplican de 5 a 30min, antes del coito; efectivos de 30 a 60min, pueden ser incómodos o molestos.
Tradicionales Interrupción del coito(Marcha a tras)	75% - 80% (Sólo si se realiza de forma correcta.	No necesita preparación previa, los hombres comparten la responsabilidad en la planificación familiar.	Interfiere en el coito; puede ser difícil de emplear, con efectividad, posible efectos secundarios.
Método del calendario.	75% - 80% (Solo si se utiliza de forma correcta)	Su finalidad es conocer los días, en la que la mujer es fértil, para evitar las relaciones sexuales mientras haya, riesgo de embarazo. No necesita nada más; los hombres comparten la responsabilidad de la planificación familiar.	Difícil de usar, sobre todo si los ciclos menstruales son irregulares; abstinencia durante largos períodos.
Permanentes (Salpingloclasia y Vasectomía)	99,85%	Permanente; no hay riesgo o efectos secundarios en la salud	Costo elevado; posible irreversibilidad, es decir, después de ser intervenidos, existe la posibilidad de no poder tener hijos.

3.5 Enfermedades de transmisión sexual

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) empiezan a presentarse de manera progresiva en los adolescentes y en los jóvenes a medida que, en su tránsito hacia la edad adulta, tienen relaciones sexuales de tipo coital. Las ETS afectan a personas de cualquier edad, incluyendo recién nacidos, quienes pueden infectarse in-útero o al atravesar el canal de parto. En tales casos se trata de una transmisión pasiva.

En el adolescente, la transmisión de las ETS supone un contacto activo, buscado generalmente consentido entre una persona sana hasta ese momento y una infectada.

Contrario a lo que pudiera pensarse, las ETS constituyen un grupo de más de 20 enfermedades. Los agentes causales pueden ser virus, hongos, bacterias o parásitos.

Generalmente, las ETS, se adquieren por contacto sexual y afectan por igual a hombres y mujeres; afortunadamente todas las ETS pueden prevenirse, incluso algunas son fácilmente curables, como la tricomoniasis, la sífilis, o la gonorrea. Otras se curan difícilmente, porque los agentes responsables tienen la facultad de desarrollar resistencia a los medicamentos que se utilizan para tratarlas (por ejemplo, la clamidia). Finalmente, hay ETS que no se pueden curar todavía, tal sería el caso de herpes genital y el SIDA, (Rizo, 1989).

Para detectar la presencia de una ETS existen pruebas de laboratorio especificas, pero pueden resultar costosas, lo cual supone que no todas las personas infectadas tienen acceso a un buen diagnóstico y mucho menos la población adolescente.

Por el hecho de afectar generalmente los órganos del sistema reproductivo, las ETS generalmente se ocultan por lo que su diagnostico y tratamiento demoran, a pesar de eso existen síntomas que generalmente se asocian con la adquisición de una ETS y son:

- Irritación o molestias en el área genital.
- Dolor al orinar
- Orina con color oscuro
- Secreción amarillenta o verdosa por la vagina o el pene.
- Comezón excesiva o ronchas en la región genital .
- Cólicos o molestias abdominales.
- Fiebre acompañada de un estado de salud enfermizo.
- Lesiones en la piel o en la región, que aparecen y desparecen continuamente.

Otro problema importante es el hecho de que las personas infectadas acuden frecuentemente o en primera instancia a tratamientos no profesionales o empíricos que son sólo tratamientos incompletos que no permiten establecer un diagnostico correcto.

Las ETS adquieren importancia capital cuando de adolescentes se trata, ya que es en esta etapa cuando se presentan con mayor frecuencia. En América

Latina, al igual que en el resto de los países del mundo, se sabe que hay más ETS que hace 15 o 20 años. El fenómeno obedece no sólo a un mejor estadístico o a que existen mejores medios de diagnóstico o de tratamiento que en el pasado; se sabe que el incremento en la incidencia anual se está produciendo a expensas de los adolescentes que han iniciado su vida sexual, (Rizo,1989).

Actualmente algunas personas pueden padecer una ETS y no presentar ningún síntoma de los antes mencionados y por lo mismo no darse cuenta de la misma y seguir contagiando a otras personas con las que tiene contacto sexual. A continuación se mencionaran algunas de las principales ETS que se conocen.

3.5.1 Sífilis

Es una de las enfermedades más conocidas y graves, causó muchas muertes antes del descubrimiento de la penicilina y es producida por una bacteria llamada Treponema Pallidum. Fuera del cuerpo muere rápidamente y para su contagio debe existir una solución de continuidad (herida o rozadura). Vive muy bien en áreas mucosas como la boca, los genitales y el recto. Se transmite principalmente por contacto sexual, pero también por transfusiones y a través de la placenta de la madre al feto.

El periodo de incubación abarca aproximadamente tres semanas, después de las cuales aparece el sito de la penetración del Treponema una lesión llamada chancro, parecida a una ulcera y que puede pasar desapercibida pues no produce dolor ni secreción. Esta lesión dura entere 3 y 6 semanas, aparentemente desaparece, aun sin tratamiento, pero en realidad se hace latente. En ese momento se puede realizar el diagnostico examinando al microscopio material de la úlcera. Si no es detectada, la enfermedad sigue su evolución dando lugar a la llamada sífilis secundaria, la cual ataca las mucosas, la piel y los ganglios. Si en este lapso se aplica tratamiento, la sífilis desaparece, de lo contrario, vuelve a

hacerse latente y antes de dos años del inicio del padecimiento aparecerán síntomas nuevamente. A este periodo se le llama relapso.

Si la enfermedad no se detecta después de estos dos años, la sífilis se convierte en sífilis tardía y provoca trastornos en la piel, los huesos, el corazón y el sistema nervioso central.

Este padecimiento puede contagiarse durante el embarazo o través de la placenta al producto, ocasionando abortos al principio de la gestación. En etapas más avanzadas del embarazo deja lesiones en el niño, como alteraciones en los dientes, cicatrices en la piel, lesiones en los huesos de la nariz, en el paladar y en algunos casos hasta sordera y ceguera, (Rodríguez,1998).

3.5.2 Gonorrea

Esta enfermedad ataca los tejidos urinarios y genitales, pudiendo afectar también los de los ojos de igual modo los órganos genitales internos. Es producida por un microbio llamado Neisseria gonorrea, conocido como gonococo. Su forma de contagio principalmente es el contacto sexual y su periodo de incubación abarca de 3 a 7 días. En el hombre produce dolor y ardor al orinar, acompañados de una secreción purulenta y amarillenta. En las mujeres generalmente es a sintomática (en un 80%); algunas presentan flujo o descarga purulenta acompañada de irritación vaginal o dolor al orinar. Cuando no se lleva a cabo un tratamiento inmediato, puede producir otros problemas y atacar órganos internos tanto en el hombre como en la mujer y en última estancia, producir esterilidad, (Rodríguez, 1998).

3.5.3 Chancro blando

Su nombre deriva de su cierto parecido con el chancro sifilítico, sin embargo esta lesión presenta salida de secreción y dolor. Es producida por un microbio llamado Hemophilus ducrey y sus síntomas se inician en los genitales después de 5 o 6 días de contagio, con la presencia de pequeñas llagas (úlceras) muy dolorosas y salida de material purulento acompañado de inflamación de los ganglios linfáticos inguinales, (Rodríguez, 1998).

3.5.4 Herpes genital

El herpes genital es una enfermedad sexual transmisible causada por el virus del Herpes Simple Tipo 2. La transmisión del virus requiere contacto íntimo, por lo que sólo se lleva a cabo mediante el acto sexual o durante el parto, momento en que la madre puede contagiar al niño a través del contacto directo con vesículas infectadas.

Los primeros síntomas aparecen de 2 a 30 días después del contagio, algunas personas pueden no presentar síntomas y sin embargo, estar enfermas.

Esta enfermedad se caracteriza por un período de latencia (sin síntomas) y ataques repetidos en que aparecen lesiones en el área genital o en la boca, si se ha tenido contacto oral con los genitales. En el hombre aparecen vesículas con un contorno rojizo, muy dolorosas, en el glande o en el cuerpo del pene. En la mujer se presenta descarnación e inflamación de la zona genital y las vesículas suelen aparecer en la vulva y el cuello del útero. Estos síntomas duran hasta semanas, apareciendo y desapareciendo por periodos cortos, reapareciendo a las pocas semanas en el mismo lugar o en sus alrededores (muslos, glúteos, pelvis).

Esta enfermedad no es curable; aún no existe tratamiento específico para el virus del herpes genital. Lo único que puede hacerse es un tratamiento sintomático para controlar el dolor (con analgésicos), mejoramiento de la higiene corporal, empleo de preservativos y cirugía reconstructiva.

Las lesiones aparecen y desaparecen en intervalos variables durante varios años, si la infección se presenta durante los primeros meses del embarazo, aumenta el riesgo de que la mujer aborte. Puede contagiar al hijo durante el parto; también puede originar problemas de carácter psicológico, como el aislamiento social, baja autoestima, agresividad e inseguridad, (Pick, 1995).

3.5.5 Vaginitis monilial

La vaginitis monilial es una enfermedad causada por microscópico conocido como Monilia o Candida Albicans. La aparición de los síntomas es variable; no se ha establecido un periodo de incubación para este tipo de hongo. Muchas mujeres describen un incremento de los síntomas en los días que preceden al periodo menstrual.

En la mujer los síntomas más comunes son comezón, excoriaciones (pequeñas cortadas) y ardor intenso en los labios menores, se presenta flujo espeso, con aspecto de leche cuajada. Aunque esta enfermedad es más común en las mujeres, cuando un hombre tiene contacto sexual con una mujer contagiada, suele padecer de comezón e inflamación del glande.

El hongo se presenta generalmente sin dar ninguna molestia en la boca, la vagina o el recto, pero los síntomas pueden desarrollarse por contacto sexual con una persona que padece la enfermedad, por usar toallas de una persona infectada o después de haber tomado antibióticos o anticonceptivos orales, ya que la ingestión de medicamentos puede modificar la flora de la vagina y hacerla más

susceptible o la proliferación del hongo. El principal problema de la enfermedad es que tiende a repetirse con frecuencia. En los bebés que son contagiados al pasar por la vagina de la madre infectada, aparece infección en la boca y la garganta, (Pic,1995).

3.5.6 Condilomas acuminados

El condiloma acuminado es una enfermedad causado por un virus papilomatoso,

Los primeros síntomas aparecen uno o tres meses después de contagio; aparece primero irritación local comezón y posteriormente pequeñas verrugas que van aumentando rápidamente de tamaño y que van a semejar pequeñas crestas en el ano y los genitales

Esta enfermedad se adquiere a través del coito por contacto directo con las verrugas infectadas. No hay ningún tratamiento específico para los condilomas, las verrugas pueden ser eliminadas con medicamento o por cirugía. Si no son tratadas las verrugas pueden adquirir dimensiones enormes llegando incluso a bloquear la abertura vaginal, la rectal o la garganta o formar verdaderas coronas alrededor del pene, (Gotwald, 1993).

3.5.7 Ladilla

Es un insecto de tamaño diminuto que habita en las regiones vellosas del cuerpo, específicamente del vello genital. El insecto tarda en desarrollarse de una a cuatro semanas después del contagio, se transmite por contacto sexual, con contacto con camas, ropas, baños y toallas que hayan sido utilizadas por algunas persona ya contagiada.

El tratamiento consiste el lavar el área con una preparación de insecticida especial que destruya los piojos adultos y sus huevos, (Pick, 1995).

3.5.8 SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es, hasta la fecha, un padecimiento incurable y mortal causado por la presencia en el organismo humano del virus HIV-1 (virus de inmunodeficiencia humana); es el resultado final de una infección viral que daña al sistema inmunológico y se denomina así al conjunto de síntomas que responden a dicho virus. Este retrovirus cambia rápidamente su estructura además de tener la cualidad de instalarse en las células del organismo y permanecer ahí por períodos indeterminados, incluso durante años; por lo cual el individuo es capaz de transmitirlo a otras personar sin darse cuenta o sin saber que lo ha hecho, razón por la cual se le llama portador; el enfermo es considerado seropositivo cuando pasado el tiempo de incubación y se diagnóstica su presencia en fluidos internos mediante análisis de laboratorio con la prueba conocida como ELISA o Western Blot, (González, 2001).

En sentido estricto la persona no muere de SIDA sino de otras enfermedades que hacen su aparición como consecuencia del virus, las cuales se denominan enfermedades oportunistas, estas pueden ser pulmonías, infecciones estomacales, de la piel (sarcoma de Kaposi) o del sistema nervioso central (SNS), entre muchas otras.

El SIDA es la fase en la que el virus HIV se encuentra activo en el organismo humano; es causado especialmente por un retrovirus que se produce en las células vivas y es capaz de invadir cualquier tipo de células del tejido humano. Tiene predilección por grupo celular sanguíneo, los glóbulos blancos, denominados linfocitos T(T4) , las células B y los macrófagos, así como células del SNC. Su característica de mutación (retrovirus) es lo que hace imposible encontrar

una vacuna eficaz o un medicamento que atenúe los estragos que causa entre los individuos que lo portan.

Los síntomas que presenta esta enfermedad son: incremento en la frecuencia y severidad de infecciones virales, tales como catarros y resfriados inexplicables, erupciones o cortadas que tardan mucho tiempo en sanar, fiebres, sudores nocturnos, fatiga crónica y profunda que no es debida a ejercicio físico o u otras enfermedades.

Rápida, inexplicable y significativa pérdida de peso (10% de peso en un mes), tos seca, persistente no explicable por fumar. Diarrea persistente, inflamación de los ganglios linfáticos en el cuello, axilas o ingle y/o manchas blancas poco usuales en la boca.

La transmisión puede ser: 1) por coito, ya sea anal, vaginal y oral sin protección debido al intercambio de fluidos corporales (semen, flujo vaginal, sangre), 2) por transfusión sanguínea proveniente de una persona infectada; 3) por transplante de órganos de una persona infectada; 4) de la madre al feto durante el embarazo o al momento de nacer; 5) por la leche materna y 6) por compartir agujas hipodérmicas con personas infectadas.

No hay un tratamiento específico para el SIDA. Lo que usualmente se realiza es el tratamiento auxiliar de la sintomatología asociada a aquél. Las consecuencias son la muerte por fallas en el sistema inmunológico del cuerpo y propagación del virus si no se tienen los cuidados necesarios, (Pick,1995).

Alfaro (1991), considera que la población adolescente es la más propensa a contraer SIDA ya que manifiesta deseo de experimentar con las relaciones sexuales y es frecuente la aparición de conductas de riesgo: cambios de pareja, encuentros casuales con parejas desconocidas, entre otras, en general se trata de

una actividad sexual que no mide las consecuencias (desde un embarazo no deseado hasta un EST), en particular debido a las practicas se han adquirido otras enfermedades de transmisión sexual.

En general, los adolescentes tienen una inestabilidad en el ánimo y el objeto del impulso sexual; son oscilantes, contradictorios, lo que los convierte en una población vulnerable y se exponen a situaciones de riesgo, las cuales incluyen el contraer enfermedades de todo tipo y en particular de orden sexual.

Por lo tanto uno de los elementos en los que más se debe insistir en el trabajo con adolescentes es la educación en el ámbito de la responsabilidad sexual y especialmente en lo relacionado con los aspectos preventivos del desarrollo psicosexual, la búsqueda del establecimiento de conductas tendiente al autocuidado y la protección en contra de infecciones y enfermedades de transmisión sexual.

Por lo anterior es necesario enfatizar que la educación constituye un recurso valioso y eficaz en la prevención de las infecciones producidas por las ETS. Sólo la educación puede ayudar a mejorar las actitudes y producir comportamientos que favorezcan la practica del sexo seguro y responsable.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL				
Enfermedad	Causa	Síntoma	Tratamiento	Consecuencia
Sífilis	Bacteria	Etapa1. Úlcera rojiza indolora en genitales, boca o ano. Etapa 2. (De 1 a 6 meses después del contacto): Nódulos linfáticos en ingles, axilas o cuello. Manchas en pecho, espalda y extremidades	Antibióticos	Lesiones destructivas en el sistema circulatorio y el sistema nervioso, que pueden ser mortales. Malformaciones y muertes del recién nacido.
Gonorrea	Bacteria	Hombres: Secreción viscosa o purulenta por el pene, escozor al orinar. Mujeres: Aumento del flujo vaginal. Trastornos en la regla, escozor al orinar.	Antibióticos	Hombres: Infecciones en articulaciones(artritis). Dolores en el pene e ingles, esterilidad. Mujeres: Infecciones en articulaciones(artritis). Esterilidad. Recién nacidos: Ceguera o neumonía.
Chancro Blando	Bacteria	Úlceras en zona genital	Antibióticos	Lesiones locales graves
Herpes Genital	Virus	Inflamaciones alrededor de los genitales y el ano con pequeñas ampollas dolorosas, escozor al orinar. En el primer episodio, síntomas parecidos a la gripe.	Evitar todo contacto sexual mientras persistan las ampollas. Tratamiento difícil.	Rebrote de los síntomas, en situaciones de estrés. Riesgo de aborto. Riesgo de cáncer cervical.
Vaginitis Monilial	Hongo Monilia	Mujeres: Escozor, escoriaciones,(pequeñas cortadas) ardor intenso en los labios menores, flujo espeso. Hombres: Suelen aparecer escozor e inflamación del glande.	Antibióticos	La enfermedad tiende repetirse con frecuencia. Los bebes son contagiados al pasar por la vagina de la madre infectada. Aparece infección en la boca y garganta.
Condilomas	Virus	Lesiones indoloras de aspecto verrugoso (como coliflor), normalmente en la vagina, cuello del útero, y en los genitales externos y alrededores.	Crioterapia, láser, electrocoagulación. Tratamiento difícil.	Rebrotes frecuentes. Posibles desarrollos cancerosos.
Pediculosis (Ladillas)	Parásito externo	Picor. Pequeños parásitos móviles, visibles a simple vista y agarrados al vello púbico.	Tratamientos desparacitarios. Desinfección de ropas.	Ninguna.
Infección VIH SIDA	Virus	Normalmente no hay síntomas visibles durante muchos años, pero pueden así transmitir la enfermedad.	Medicamento para disminuir la velocidad de progresión.	Transmisión al feto. Gran vulnerabilidad a infecciones. Cánceres raros y problemas neurológicos. Muerte.

3.6 Embarazo en la adolescencia

Durante mucho tiempo tener un hijo a los 14 años o antes era lo más natural y normal; la influencia social era de suma importancia, ya que en ciertas culturas la maternidad adolescente era un hecho incuestionable que privilegiaba a la mujer. También se encuentra la influencia de factores biológicos que favorecen la precocidad de los fenómenos de reproducción como la mortalidad infantil, así que quien quisiera llevar hasta la edad adulta un buen número de hijos tendría que comenzar muy tempranamente.

Un gran porcentaje de los embarazos que se presentan en la adolescencia son accidentales, es decir no planeados y muchas veces ocurren cuando los y las jóvenes no están informados acerca del riesgo de un embarazo, la forma de evitarlo usando algún método anticonceptivo y donde adquirirlo.

El embarazo puede producirse la primera vez que se tiene un coito, desde el momento en que se presenta la ovulación o comienza la eyaculación (entre los 12 y 13 años de edad), esto hace de la edad adolescente una etapa potencial de embarazo con alto riesgo ya que antes de los 15 años aún, no está consolidado el desarrollo físico.

Se puede considerar al embarazo como un evento que tiene lugar con la fecundación hasta el parto o interrupción de la concepción por medio del aborto. El embarazo puede transcurrir de forma normal, en ausencia de complicaciones médicas y sin antecedentes de pérdidas fetales, violación o incesto, también puede tener una evolución de alto riesgo, con una elevada proximidad de daño o peligro, durante el proceso y/o parto tanto para la gestante como para el producto.

Pick (1998), comenta que el embarazo durante la adolescencia se considera como un problema que afecta enormemente el estado, bio-psico-social de la adolescente. En México el 17% de nacimientos de neonatos vivos fueron de madres de entre 15 y 19 años de edad existe información que indica la presencia de embarazos en adolescentes menores de 15 años.

El embarazo y la maternidad representan una etapa crítica en la vida de la mujer, pero ésta puede incrementarse cuando coincide con la adolescencia ya que aunada a todos los conflictos que de ésta resultan la adolescente debe enfrentar una gama de problemas para los cuales no esta preparada.

3.6.1 Características de la adolescente embarazada

El embarazo es un fenómeno con alta incidencia a escala mundial, es un fenómeno que causa gran interés debido a que es algo que va en contra del proceso natural, ordenado y deseado por la mayoría de las sociedades, sin embargo existen y han existido sociedades en las cuales el embarazo durante la adolescencia no presenta una posible ruptura prematura del tiempo para el desarrollo, sino sólo es la transición de niña a mujer y hasta puede ser causa de alegría.

Se han llevado a cabo diferentes investigaciones que han tratado de identificar las características típicas o más comunes de aquellas adolescente que se embarazan y algunos de los factores que refiere Tolber (1998) acerca de quien puede ser la adolescente embarazado son las siguientes:

*****Madurez física.

*****Actividad sexual

*Prácticas anticonceptivas inadecuadas.

*Circunstancias económicas.

*Contexto familiar

*Nivel cognoscitivo y logros escolares.

*Personalidad.

*Actitudes, grupo social-cultural, amistades.

*Religión.

*Características del compañero

Los adolescentes reflejan los conflictos que caracterizan las actitudes de la sociedad. La sociedad ve como un problema físico, social y moral la actividad sexual en los adolescentes, sobre todo en la mujer. Pero esto seguirá ocurriendo, mientras los padres sigan temiendo tratar el tema del embarazo con sus hijos e hijas, lo que provocará la negación y la falta de orientación de la población adolescente.

Pocos son los estudios que han enfocado sus esfuerzos hacia una investigación cognoscitiva de la adolescente embarazada, algunos mencionan el factor de la falta de planeación o anticipación como causas del no uso de anticonceptivos. Así mismo son algunos los reportes que indican un bajo nivel de escolaridad en la adolescente embarazada, y la posibilidad que estos se

relacionen con un bajo coeficiente intelectual o bien con un problema de aprendizaje.

Cuando se iniciaron los estudios de la adolescente embarazada en la década de los cincuenta, fue muy común atribuir conductas antisociales o conductas delictivas, ya que consideraba al embarazo como un acontecimiento patológico. Obviamente, algunas de las adolescentes embarazadas presentan problemas psicológicos ya se previos al embarazo o como resultado de éste. Un factor que se considera importante es el de la depresión (Tolber, 1998).

Otros factores de personalidad importantes son la autoestima y el sentido de control. Igualmente en la adolescente el grupo de amigas influye, ya que en esta etapa se encuentra sumamente sensible a las normas del grupo al que pertenece, y más factible puede ser cuando el inicio de la actividad sexual es sumamente valorado dentro del mismo. El factor de la religión influye principalmente con lo que se refiere al uso de los métodos anticonceptivos.

De acuerdo con Pick (1998), los factores que facilitan que una adolescente quede embarazada son de orden físico, psicológico, social y cultural.

El desconocimiento del uso y la forma de adquisición de métodos anticonceptivos, la escasa preparación para asumir su sexualidad, así como la inmadurez emocional que obstaculiza el análisis de las consecuencias de sus actos, son algunos de los factores que aumentan la probabilidad de embarazo en la adolescencia.

Específicamente entre los aspectos psicológicos que están relacionados con el embarazo en adolescentes se encuentran:

El miedo a estar solo (a).

La posibilidad de sentirse adulto.

La carencia de afecto.

La necesidad de reafirmarse como mujeres o como hombres.

Relación y comunicación inadecuada con los padres.

La búsqueda de independencia.

La curiosidad sexual.

Presencia de embarazos premaritales en hermanas y/o madre.

Las consecuencias derivadas del embarazo en la adolescencia son evidentes a distintos niveles, entre los cuales destacan los relacionados con:

3.6.2 Aspectos físicos

Se sabe que las mujeres que se embarazan antes de los 15 años tienen una mayor probabilidad de presentar abortos, partos prematuros terminados en cesárea, uso de fórceps, o bien, un trabajo de parto más largo, dando como resultado el sufrimiento fetal. Otra de las complicaciones que se presentan es la toxemia. Este padecimiento se caracteriza por un aumento de peso, hinchazón de manos y tobillos y presión alta. De no tratarse adecuadamente se puede desencadenar una eclampsia, la cual daña el sistema nervioso y llega a provocar inclusive la muerte. El bebe producto de un embarazo en edades tempranas suele tener peso y talla bajo al nacer.

Se sabe que la morbi-mortalidad en madres adolescentes es más elevada que las madres mayores, especialmente en el nivel socioeconómico bajo. Se han observado también problemas en el desarrollo de bebés de madres adolescente. Por lo tanto, la edad ideal para que una mujer se embarace fluctúa entre los 20 y los 30 años.

3.6.3 Aspectos psicosociales

Sentimientos de minusvalía y baja autoestima se dan frecuentemente por la exposición de rechazo inicial de la familia, del novio, de la escuela y de la sociedad en general. Los padres que ven como una desgracia el embarazo de una hija soltera, se sienten culpables ante esa situación y, antes de reconocerlo, se culpan mutuamente y lo proyectan a la adolescente mediante reclamos, hostigamiento y hasta maltrato físico. A veces tratan de obligar a sus hijas aun matrimonio precoz y forzado del cual, en la mayoría de los casos, resulta una relación inestable que fracasa y termina en separación o divorcio.

Se ha observado que generalmente la adolescente que abandona la escuela tiene mayor probabilidad de llegar a embarazarse.

La adolescente que no había desertado antes y queda embarazada, deja los estudios y se enfrenta a una frustración personal. En caso de que continúe estudiando, es percibida por sus compañeros(as) como una carga, sobre todo cuando se trata de trabajar en equipos.

La mayoría de las veces estas adolescentes siguen viviendo en su casa o en casa de sus suegros, ya sean casadas o no. Así se hacen más dependientes de sus padres o suegros y tienen más necesidad de someterse a las reglas familiares, dadas las necesidades de apoyo para su hijo. Los roles cambian, los abuelos asumen un papel de abuelos-padres, produciendo confusión tanto en los

padres adolescentes como en el bebé, el cual estructura su primera relación humana con una madre-hermana. A largo plazo, las consecuencias para el hijo van cobrando importancia. Las confusiones de afecto y relación dificultan su confianza básica y seguridad personal.

3.6.4 Aspectos económico-culturales

Como consecuencia del embarazo y ante la posibilidad de ser padres, los adolescentes deben adaptar un nuevo papel, lo cual implica una serie de decisiones que probablemente nunca se imaginaron, por lo que se exponen a continuos desajustes. Si un joven adolescente se convierte en padre, tal vez necesite salirse de la escuela para ayudar a mantener a su hijo, obteniendo probablemente un sueldo bajo, debido a que sus escasos conocimientos no lo hacen una persona competente para aspirar a un trabajo con un buen sueldo. Esto dificulta la manutención de su propia familia y puede originar que se establezca un ciclo de dependencia tanto con los padres como con los demás familiares.

El embarazo no deseado y las consecuencias que acarrea, implican grandes responsabilidades. Los adolescentes frecuentemente no alcanzan a darle a tal suceso la importancia que tiene debido a su propia inexperiencia.

Por tal razón, los programas de educación sexual preventivos no pueden ser simplistas y deben estar encaminados a considerar de manera integral las relaciones familiares, los valores, la autoestima, la toma de decisiones y la comunicación con la pareja, entre otros factores, para que la vida sexual de los jóvenes sea más saludable y responsable.

Nuestro interés es implementar la operación de un taller de educación sexual que permitirá hacer llegar a los (as) adolescentes información fidedigna con

relación a estos temas, lo que favorecerá el que puedan vivir su sexualidad de manera sana y responsable: eliminando aspectos que afecten o degraden la sexualidad como morbosidad, los mitos tabúes, logrando con esto que los(as) adolescentes traten estos temas con naturalidad y sin temor.

CAPITULO 4

MÉTODO

CAPITULO 4
MÉTODO

4.1 Tipo de estudio y diseño

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, de campo y transversal. Descriptivo, ya que “se pretendió estudiar a los alumnos de 2° grado de secundaria, así mismo estudiar la proporción de los alumnos que asumen determinada actitud o puntos de vista sobre la sexualidad, tratando de predecir el comportamiento de los alumnos de 12 a 16 años”. De campo, porque se realizó en el medio natural que rodea al individuo y transversal ya que nos interesa el fenómeno en el presente. (Hernández, R., 2001).

4.2 Planteamiento del problema

La actividad sexual a edades más tempranas ha ido en aumento ocasionando altas proporciones de madres solteras y embarazos no deseados. Sabemos que actualmente en México cada año cuatro de cada diez adolescentes entre 15 y 19 años de edad tienen un hijo, que el VIH se presenta cada vez más en adolescentes menores de 20 años; que el índice más alto de abortos provocados se observa en adolescentes entre y 15 y 19 años (OMS).

La poca o nula información y/o conocimientos que se tienen respecto de la prevención de problemáticas que se derivan de la sexualidad, es una de las causas más genéricas que influencia la adquisición de actitudes negativas que perjudican la salud psíquica y emocional de los jóvenes.

Un factor más que incide en la inapropiada formación sexual en el adolescente es el aprendizaje de la ética-sexual ejercida por una ideología sexual conservadora encaminada a la represión y ascetismo, que no hace más que

desenfrenar el morbo, la curiosidad, la inhibición y el desarrollo de ideales como la castidad para la mujer y la libertad sexual para el hombre.

Es importantísimo hacer distinguir que la moral conservadora no se ostenta con las mismas características para toda la pluralidad de culturas dado que cada sociedad se rige por sus propias normas, creencias, costumbres, valores, convencionalismos. En forma semejante la adolescencia no se manifiesta con las mismas características para todos los adolescentes aunque vivamos en un mismo país.

Hasta hoy las investigaciones en el campo de la sexualidad humana no han podido influir tanto como en el de la sexualidad de la adolescencia. Pero han sido realmente pocas las que se han abocado a jóvenes con una edad que fluctúa entre los 12 y 15 años donde la falta de información es uno de los rasgos más peculiares, ya que generalmente son presos de sus conflictos sexuales al no contar con la información necesaria para saber manejar su sexualidad; es una edad en la cual la adolescencia ha comenzado a hacer su aparición y en este sentido le interesa indagar sobre lo prohibido, lo conocido, lo desconocido, para él o para ella. ¿Pero qué conocen, qué desconocen? si toda actitud va precedida por un conocimiento ¿Cuáles son sus actitudes?

Es así como surge la pregunta de investigación ¿Cuál será el efecto de un taller de “Educación Sexual” en el conocimiento y las actitudes hacia la sexualidad para jóvenes escolares de segundo grado de secundaria con respecto los siguientes temas, Enfermedades de transmisión sexual, Métodos anticonceptivos y Embarazo en adolescentes?

4.3 Diseño

Se trató de un diseño pretest – postest con dos grupos uno control y otro experimental. Una vez elegidos se les aplicó una escala de actitudes hacia la sexualidad y SIDA y un cuestionario de conocimientos sobre sexualidad (pre-test), posteriormente se realizó el taller de “Educación Sexual”. Al finalizar el taller nuevamente se les aplicaron los instrumentos (post-test).

01	X	02	Grupo experimental (2”A”)
03		04	Grupo control (2”C”)

4.4 Variables e hipótesis

Variable independiente: Taller de educación sexual.

Variable dependiente: Cambio de actitudes hacia la sexualidad y nivel de información acerca de temas de sexualidad.

Definiciones conceptuales

Taller: Juan Carlos Lespada (1989), define taller como “una forma, un camino, una guía flexible dúctil, enriquecedora para la persona y el grupo, fundamentada en el aprender haciendo por placer y la activación del pensamiento por propia convicción necesidad y elaboración.

Actitud: Summer (1976), refiere que el concepto de actitud se utiliza para denotar la suma total de inclinaciones, sentimientos, prejuicios, distorsiones, nociones percibidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico.

Actitud hacia la sexualidad: Vázquez (1997), considera que éstas se van formando primeramente por la influencia de la familia y conforme el desarrollo de la persona y como ésta interactúa con su medio, Frazier (1994), citado por Vázquez (1997) tomo en cuenta cinco puntos básicos sobre la formación de actitudes hacia la sexualidad en un individuo y son: familia, la cual transmite a los niños prototipo cultural del grupo o clase a la que pertenecen, la cultura, la posición social de la familia, el grado de participación del individuo en el grupo, que determina la influencia que ejerce éste sobre sus actitudes y las películas, revistas y otros medio de comunicación.

Nivel de Información: Grupo de conocimientos fidedignos y válidos que maneje el adolescente relacionados a la sexualidad.

Definiciones operacionales

Taller: Consistió en 14 sesiones de 2 horas de duración, en cada sesión se aplicaron diferentes técnicas como: discusión de grupos, debate, exposición, entre otras. Igualmente se utilizaron diferentes dinámicas grupales para fomentar la confianza e integración del grupo.

Actitudes hacia la sexualidad. Se midió mediante una escales de actitudes de 57 reactivos hacia la sexualidad y el SIDA, según el protocolo de Alfaro (1991).(ver anexo 2)

Nivel de información: Grupo de conocimientos fidedignos y válidos que maneje el adolescente relacionados a la sexualidad se midió con un cuestionario de 11 preguntas.

Hipótesis conceptual

Monroy (1994), refiere que el foco de atención en los adolescentes es el de la sexualidad ya que es sobre ésta que poseen innumerables preguntas, de igual manera se manifiesta la necesidad de implementar programas educativos (como talleres) donde los adolescentes, tengan la libertad de expresar sus inquietudes, se insiste en la importancia de emplear técnicas afectivo-participativas, para promover en los adolescentes el involucramiento afectivo-cognoscitivo, la canalización de su energía y respetar sobre todo su autonomía, la exposición se emplea solo en casos muy necesarios. A partir de esto se considera que la participación de los adolescentes en un taller de “Educación Sexual” tendrá un efecto positivo tanto en los conocimientos como en las actitudes hacia la sexualidad.

Hipótesis estadística

Hi. Existirán diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia la sexualidad en dos grupos de adolescente como efecto de su participación en un taller de educación sexual.

Ho. No existirán diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia la sexualidad en dos grupos de adolescentes como efecto de su participación en un taller de educación sexual.

Hi, Existirán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de información que manejen dos grupos adolescentes acerca de la sexualidad como efecto de su participación en un taller de educación sexual.

Ho. No existirán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de información que manejen dos grupos de adolescentes acerca de la sexualidad como efecto de su participación en un taller de educación sexual.

4.5 Objetivos

Objetivo general

Diseñar, implementar y evaluar un taller de sexualidad informativo para lograr un cambio en las actitudes y en su nivel de información para jóvenes escolares de segundo grado de secundaria con respecto a los siguientes temas: enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y embarazo en adolescentes.

Objetivos particulares

Determinar el tipo de conocimientos y actitudes que poseen los adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual, uso de métodos anticonceptivos y embarazo en adolescentes.

Comparar las actitudes y conocimientos que tienen los adolescentes hacia estos fenómenos relacionados con la sexualidad en dos diferentes grupos.

Detectar algunas de las necesidades en materia de educación sexual en los alumnos de segundo grado de secundaria.

Evaluar los conocimientos y actitudes sexuales después de la aplicación del taller de educación sexual en los alumnos de segundo grado de secundaria.

Objetivo del taller

Que los adolescentes incrementen el nivel de sus conocimientos sobre los temas de enfermedades de transmisión sexual, embarazo en la adolescencia y métodos anticonceptivos para lograr un cambio en las actitudes.

4.6 Sujetos

La población a la que estuvo destinada la impartición de éste taller fue a dos grupos de estudiantes de ambos sexos que cursan el segundo grado de la escuela secundaria oficial. Su edad fluctúa entre 12 y 16 años, cada grupo estuvo conformado por 30 alumnos (un grupo fue experimental y el otro grupo control).

4.7 Escenario

La investigación se llevó a cabo en la Escuela Secundaria Oficial 5 de febrero ubicada en el municipio de Chimalhuacán, Estado de México. Los alumnos que asistieron al taller provenían de las colonias aledañas a esta institución, su nivel socioeconómico es bajo. El lugar donde se encuentra ubicada la escuela tiene características semiurbanas, con costumbres y tradiciones muy arraigadas de lugares rurales. La escuela cuenta con un patio pequeño, con baños bien acabados, la construcción de todo el edificio es de concreto. Cuenta con nueve salones, sala de maestros, dirección, subdirección y departamento de orientación.

4.8 Instrumentos

Se utilizó el instrumento elaborado y aplicado por Alfaro (1991), de actitudes hacia la sexualidad (ver anexo 1).

El instrumento elaborado por Alfaro (1991), mide las actitudes a través de una escala tipo Likert**. El instrumento de actitudes hacia la sexualidad** se conformo por 57 reactivos estructurados en forma de afirmación. El 50% de los reactivos son positivos y el resto negativos, 32 reactivos pertenecen a la escala de sexualidad y 25 reactivos a la escala del SIDA. Cada reactivo contó con cinco alternativas de respuesta (totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo).

Los reactivos se construyeron de acuerdo a los siguientes factores: masturbación, virginidad, relaciones sexuales premaritales, aborto, embarazo y anticonceptivos. Y fue dividido en tres bloques.

Bloque 1 Anticoncepción	**Preguntas**
Anticoncepción	8,10,28,46.56
Virginidad y relaciones premaritales	1,12,17,27,29,31,32
Relaciones sexuales	3,5,9,13,19,22,23,26
Masturbación	11,18,21,24

Bloque 2 Enfermedades de transmisión sexual

Enfermedades de Transmisión Sexual	34,39, 44,49,54
Riesgo de contagio	33,35,37,41,47,57
Personas con ETS	36,40,42,45,52,53
Prostitución	38,35
Mitos en relación a la preferencia sexual	43,48,50

Bloque 3 Embarazo en la adolescencia

Relaciones sexuales en la adolescencia	2,6,16,20,25,51
Embarazo fuera del matrimonio	4,15
Aborto	7,14,30

El instrumento de conocimientos fue elaborado por las investigadoras y validado por tres profesores de la Universidad Pedagógica Nacional (cuestionario abierto, ver anexo 2) consto de 11 reactivos, fue dividido en tres bloques esto con la finalidad de poder evaluar por separado el cambio en el nivel de los conocimientos por temas específicos, cada bloque fue integrado por diferente número de preguntas.

A continuación se observa cuales son los tres bloques que se evaluaron en este examen, así como los reactivos que lo conformaron.

Examen de conocimientos

Bloque 1	**Preguntas**
Relaciones Sexuales y Embarazo	1,2,3,4,10
Bloque 2	
Enfermedades de Transmisión Sexual	5,6,7
Bloque 3	
Métodos Anticonceptivos	8,9,11

4.9 Procedimiento

Para iniciar la investigación se realizó una entrevista con el Director de la Escuela Secundaria Diurna “5 de Febrero”, para solicitar el permiso de aplicación del Taller de Educación Sexual con los adolescentes de segundo grado de secundaria.

Posteriormente se le entregó una copia de dicho programa exponiendo el objetivo del taller de educación sexual.

El taller consistió en 14 sesiones de 2 horas cada una, dos veces por semana en un horario de (14:00 p.m. a 16:00 p.m.) el horario forma parte de la clase de educación cívica y ética.

CAPITULO 5

ANALISIS DE RESULTADOS

CAPITULO 5

ANALISIS DE RESULTADOS

5.1 Análisis cuantitativo

Después de aplicarse las escalas y los cuestionarios, los datos se capturaron en una base de SPSS analizándose las calificaciones de cada sujeto de la aplicación pre-test y pos-test.

Para el análisis de resultados, del presente estudio, primero se muestra un análisis descriptivo de los sujetos, posteriormente se muestran los resultados de las Prueba **t** que se aplicaron a los grupos para conocer el efecto pre-test y el pos-test tanto del grupo experimental como del grupo control con respecto a la escala de actitudes hacia la sexualidad. Así mismo se muestran los resultados de las diferencias que se encontraron con respecto a la información que tienen sobre sexualidad los adolescentes de cada grupo.

El cuestionario de conocimientos sobre sexualidad cuenta con 11 preguntas, por lo que para su codificación se realizó una regla de tres con la finalidad de que las calificaciones fueran de 0 a 10.

Con respecto a la edad, la media fue de 14 años, en la Figura 1 se muestran los porcentajes de edad de los adolescentes de ambos grupos. Las edades fueron desde los 12 años hasta los 16 años de edad, y fueron un total de 60 participantes, 30 en cada grupo.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

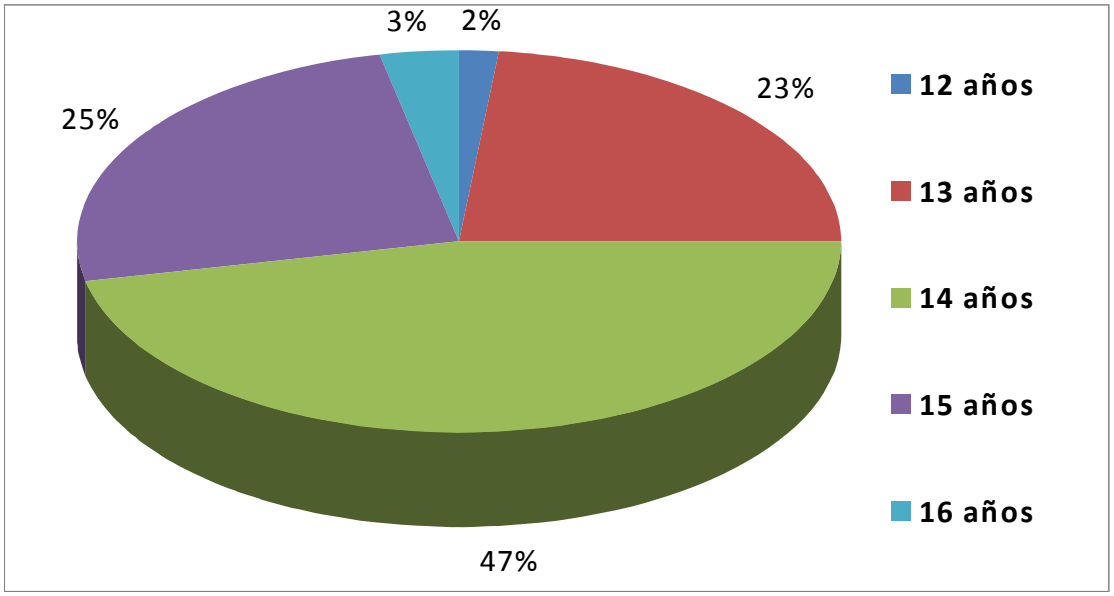

Figura 1. Porcentaje de edad de los participantes

Aunque la moda de los sujetos fue de mujeres, en general ambos grupos tuvieron un porcentaje similar de mujeres y hombres (ver Figura 2), lo cual ayudó a que los grupos fueran equivalentes, tanto el experimental como el control.

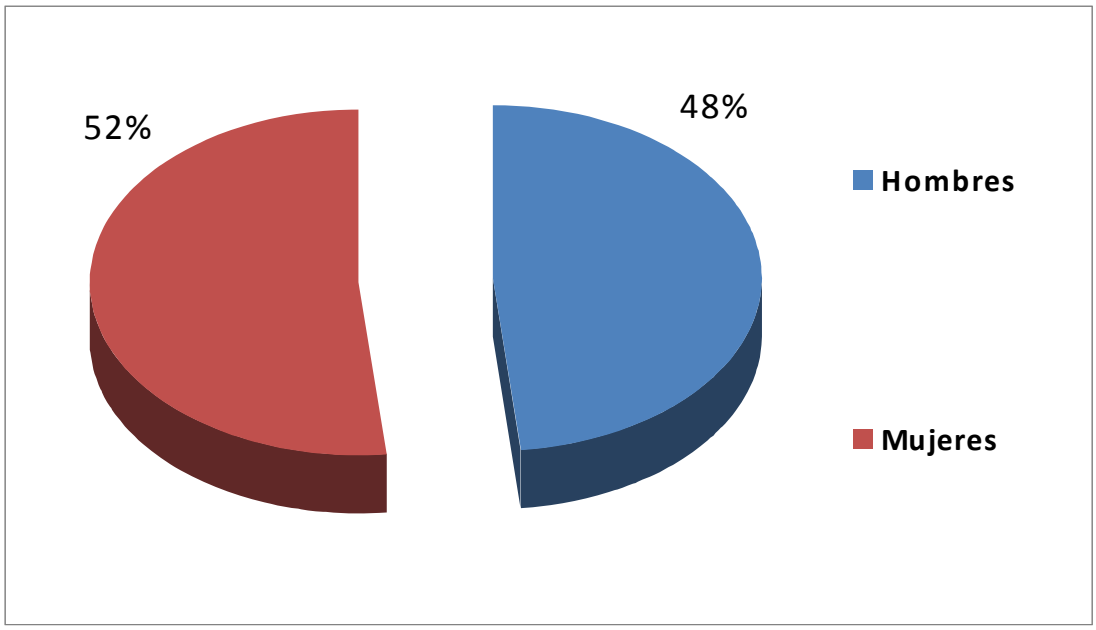

Figura 2. Porcentaje de hombres y mujeres de ambos grupos

En la realización del análisis de la escala de actitudes hacia la sexualidad de Alfaro (1991), es importante mencionar que los reactivos fueron agrupados de acuerdo a cada factor con la finalidad de tener las calificaciones de cada uno de éstos, además de ser necesarias estas calificaciones para realizar los estadísticos correspondientes para el análisis de datos del presente estudio de acuerdo a los objetivos establecidos.

Para contestar a las primeras hipótesis estadísticas se realizaron Pruebas t para muestras independientes ya que se compararon los efectos pre-test y pos-test del grupo experimental y el grupo control con respecto a la actitud que tiene los adolescentes hacia la sexualidad.

Dado que la escala de actitudes mide tres áreas diferentes de la actitud hacia la sexualidad se presentan los resultados por cada factor.

En la Figura 3 se pueden observar las medias del grupo experimental y control en la evaluación pre-test del factor de Enfermedades de transmisión sexual, donde el grupo control fue quien tuvo una calificación más alta (M=3.28) en este factor en comparación con el grupo experimental.

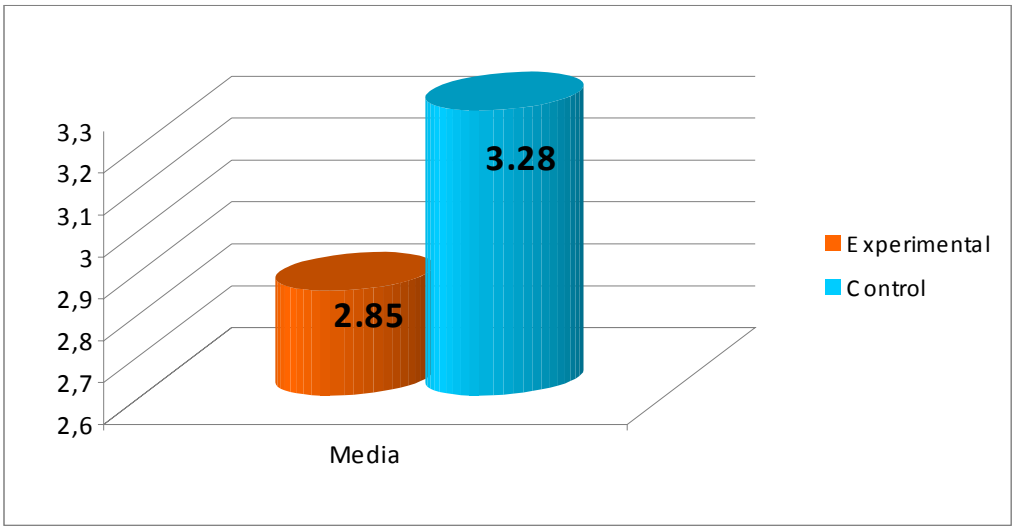

Figura 3. Medias del factor Enfermedades de Transmisión Sexual en la evaluación Pre-Test

Las medias del grupo experimental y control en la evaluación pre-test del factor de Enfermedades de Transmisión Sexual se muestran el la Figura 3. (ver Tabla 1)

Tabla 1. Diferencias del factor de Enfermedades de transmisión sexual en la evaluación Pre-Test

Factores	Grupos	Medias
Enfermedades de transmisión sexual	Experimental	2.85
	Control	3.28

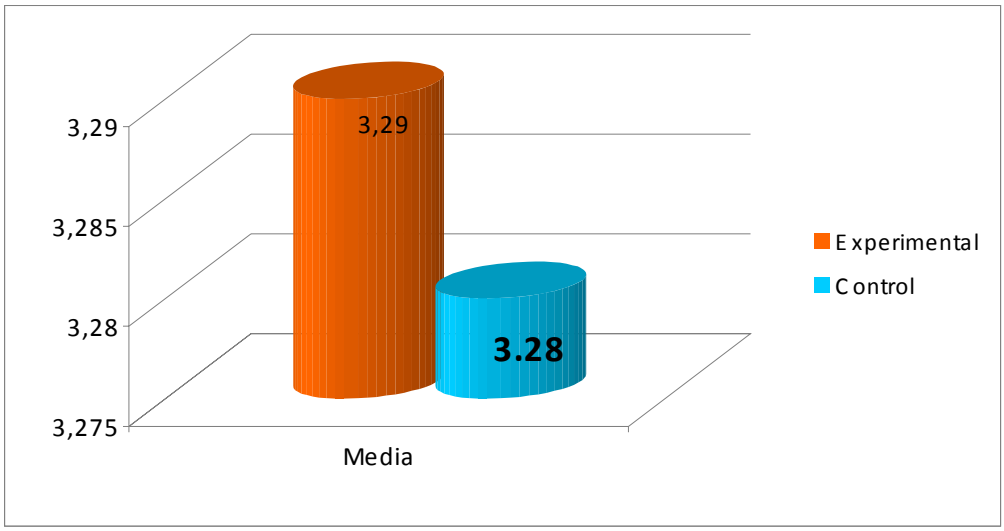

Figura 4. Medias del factor Embarazo en la adolescencia en la evaluación Pre-Test

Las medias del grupo experimental y control en la evaluación pre-test del factor de Embarazo en la adolescencia se muestran en la Figura 4.

Tabla 2. Diferencias del factor de Embarazo en la adolescencia en la evaluación Pre-Test

Factores	Grupos	Medias
Embarazo en la adolescencia	Experimental	3.29
	Control	3.28

La Figura 5 muestra las medias del factor Anticoncepción en la evaluación pre-test, y se puede observar que el grupo control obtuvo una puntuación mayor en la actitud hacia la Anticoncepción.

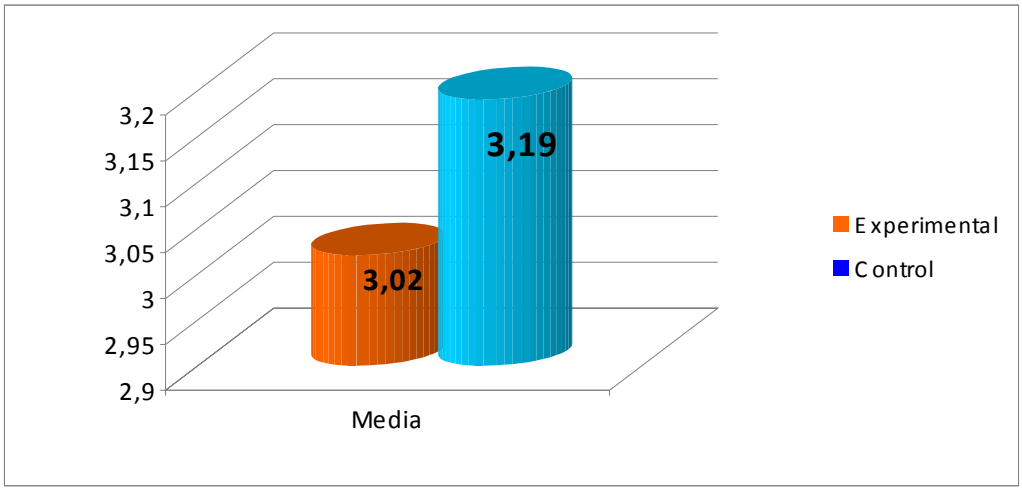

Figura 5. Medias del factor Anticoncepción en la evaluación Pre-Test

Tabla 3. Diferencias del factor de Anticoncepción en la evaluación Pre-Test

Factores	Grupos	Medias
Anticoncepción	Experimental	3.02
	Control	3.19

En el caso de la evaluación pos-test con respecto a la actitud hacia la sexualidad se obtuvieron los siguientes resultados al realizar la Prueba **t** a cada una de las dimensiones comparando cada grupo.

Primero, en la Figura 6, se muestran las medias de las puntuaciones obtenidas en el grupo control y en el grupo experimental con respecto a la actitud en el factor de Enfermedades de Transmisión Sexual, siendo el grupo experimental el que obtuvo puntuaciones más altas.

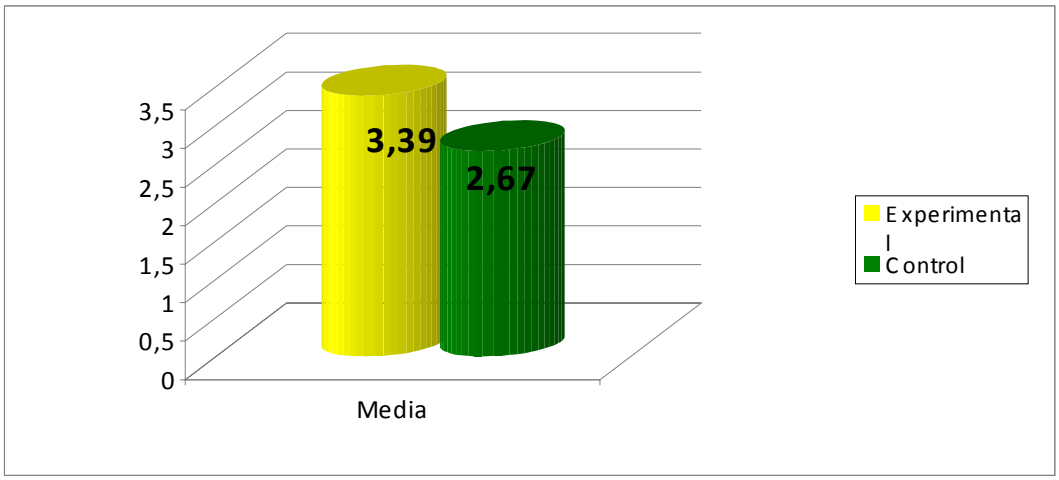

Figura 6. Medias del factor Enfermedades de transmisión sexual en la evaluación Pos-Test

La Tabla 4 del la prueba **t** muestra un valor de **t**=8.315 y una probabilidad de 0.000 con 29 grados de libertad, ante esto se rechaza la hipótesis nula, aceptándose la alterna, por lo que el análisis refleja que si hay diferencias significativas entre los grupos con respecto a la actitud hacia las Enfermedades de Transmisión Sexual en la evaluación pos-test, siendo el grupo experimental el que muestra una actitud más favorable que el grupo control, de acuerdo a las medias.

Tabla 4. Diferencias del factor de Enfermedades de transmisión sexual en la evaluación Pos-Test

Factores	Grupos	Medias	T	P
Enfermedades de transmisión sexual	Experimental	3.39	8.315	0.000
	Control	2.67		

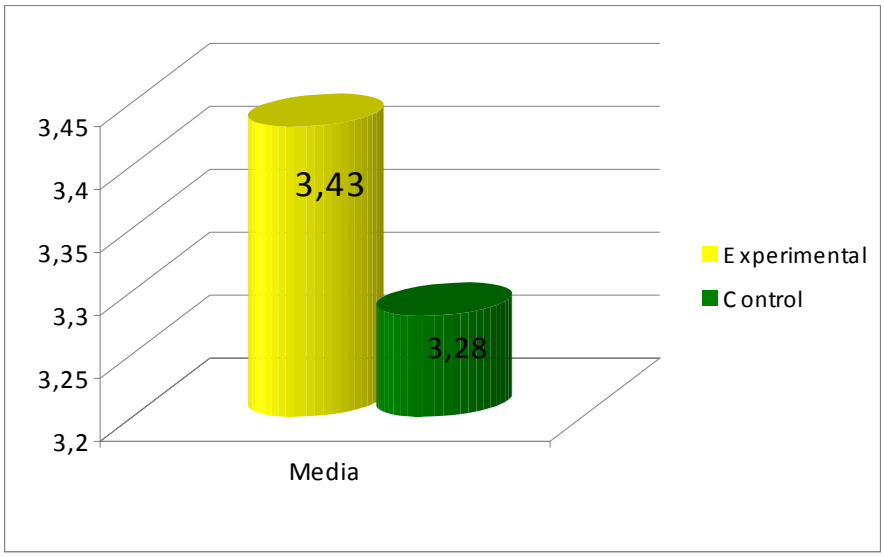

Figura 7. Medias del factor Embarazo en la adolescencia
En la evaluación Pos-Test

La figura 7 muestra gráficamente las medias de las puntuaciones obtenidas en el factor de Embarazo en la adolescencia. Mientras tanto que en la Tabla 5 se observan los resultados de la Prueba **t**, donde se obtuvo un valor de **t**=1.432 y una probabilidad de 0.157 con 29 grados de libertad, así es que se acepta la hipótesis nula que menciona que no hay diferencias significativas entre el grupo experimental y control y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 5. Diferencias del factor de Embarazo en la adolescencia en la evaluación Pos-Test

Factores	Grupos	Medias	T	P
Embarazo en la adolescencia	Experimental	3.43	1.432	0.157
	Control	3.28		

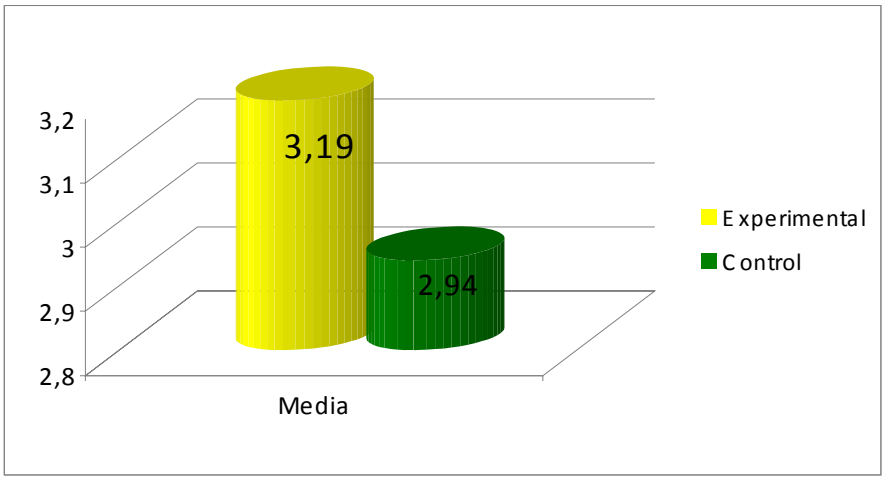

Figura 8. Medias del factor Anticoncepción en la evaluación Pos-Test

En el factor de Anticoncepción, la Figura 8 presenta las medias de las puntuaciones obtenidas en dicho factor, siendo el grupo experimental el que tiene las puntuaciones más altas en la evaluación pos-test.

Tabla 6. Diferencias del factor de Anticoncepción en la evaluación Pos-Test

Factores	Grupos	Medias	T	P
Anticoncepción	Experimental	3.19	3.230	0.002
	Control	2.94		

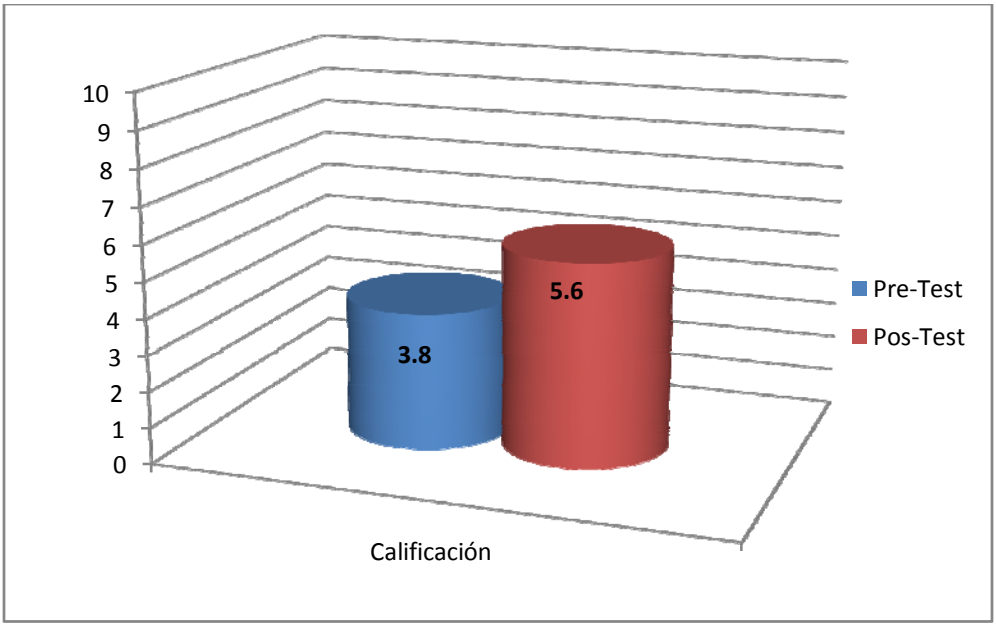

Figura 9. Medias de calificaciones de la evaluación Pre-test y Pos-test

En la Tabla 7 la prueba **t**, con un valor **t**= 6.031, 39 grados de libertad y una probabilidad de 0.000, muestra que si hay diferencias significativas en la aplicación pre-test y pos-test, con un nivel de significancia al 0.01, por lo que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la alterna.

Tabla 7. Diferencias de los conocimientos sobre sexualidad Pre-test y Pos-test de todos los sujetos

Área	**Medias**		**T**	**P.**
	Pre-Test	Pos-Test		
Conocimientos sobre sexualidad	3.80	5.58	-6.031	0.000

Estos resultados dicen que efectivamente hubo una mejora en las calificaciones que obtuvieron los adolescentes de ambos grupos de la primera evaluación a la segunda evaluación.

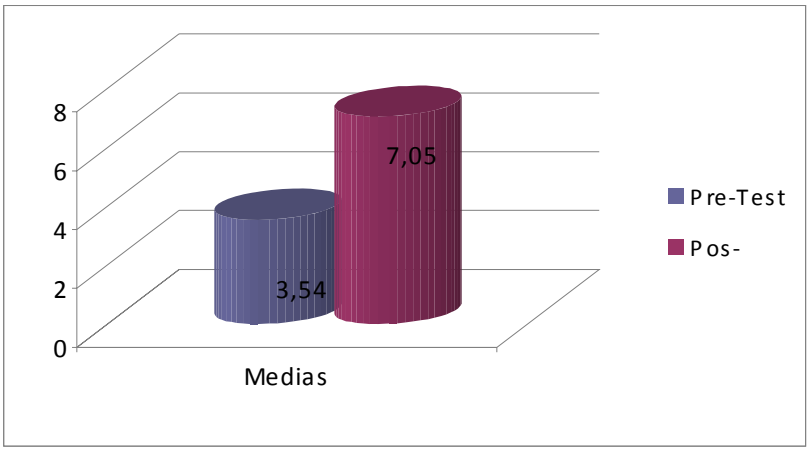

Figura 10. Medias de los conocimientos sobre sexualidad de la evaluación Pre-test y Pos-test en el grupo Experimental

Sin embargo, también es necesario saber si hubo diferencias en las medias entre los dos grupos en ambas evaluaciones (Ver Figura 10), por lo que nuevamente se realizaron Pruebas T para muestras relacionadas a cada uno de los grupos tanto en la evaluación primera (pre-test) como en la segunda (pos-test).

Ante este análisis se encontró que el grupo experimental si muestra diferencias significativas con un nivel de significancia menor al 0.01, ya que la prueba **t** arrojó un valor de **t**= 24.250 y una probabilidad de 0.000 con 29 grados de libertad (Ver Tabla 8). De esta forma se puede decir que el grupo experimental si sufrió un cambio en los conocimientos sobre sexualidad de la evaluación pre-test a la evaluación pos-test, siendo en ésta última evaluación donde el promedio de calificaciones fue mayor.

Tabla 8. Diferencias de los conocimientos sobre sexualidad Pre-test y Pos-test en el grupo Experimental

Grupo	**Medias**		**T**	**P**
	Pre-Test	Pos-Test		
Experimental	3.54	7.05	24.250	0.000

Al hacer el análisis de la diferencias la prueba **t** arrojó un valor de **t**= 3.230 con 29 grados de libertad y una probabilidad de 0.002, ante esto se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto si hay diferencias significativas en la evaluación pos-test entre el grupo experimental y control en el factor de Anticoncepción, y la actitud mas favorable de este factor la tiene el grupo experimental.

En general, con respecto a la evaluación pos-test, en comparación con los resultados de la evaluación pre-test, si se encontraron diferencias significativas entre los grupos, siendo el grupo experimental quien muestra una actitud favorable hacia la sexualidad con un nivel de significancia menor al 0.01. Después de recibir un taller de sexualidad

Es importante recordar que la escala de actitud hacia la sexualidad, es tipo Likert de 5 puntos donde el punto 5 es una actitud totalmente favorable, y el 1 es totalmente desfavorable en la actitud hacia la sexualidad, por lo que el punto medio es de 3, es decir una actitud ni tan positiva ni tan negativa, y las medias de los grupos experimental, tanto en la evaluación pre-test y pos-test, están ligeramente por encima de la media teórica, lo que indica que en ambas evaluaciones si predomina una actitud positiva en el grupo experimental que en el grupo control.

Ahora bien, a pesar de que se pueden ver las diferencias de los dos momentos de evaluación de ambos grupos, es necesario mostrar estadísticamente las diferencias mediante una Prueba **t** para muestras relacionadas ya que la evaluación pre-test y pos-pos-test se le realizó a la misma muestra en dos momentos diferentes, es decir a los dos grupos.

En la comparación de las calificaciones del cuestionario de conocimientos sobre sexualidad que se les aplico a los adolescentes participantes, la Figura 9 muestra la media de las calificaciones que tuvieron en la evaluación pre-test y pos-test, donde en la evaluación pos-test el grupo experimental tuvo en promedio una mayor calificación que el grupo control, siendo que en total la mayor calificación fue de 7.2, y la menor fue de 0.1, en ambos grupos.

Ahora, para el grupo control, las medias de las calificaciones que obtuvieron en ambas evaluaciones se muestran en la Figura 11, donde en la evaluación pos-test se obtuvieron las calificaciones más altas.

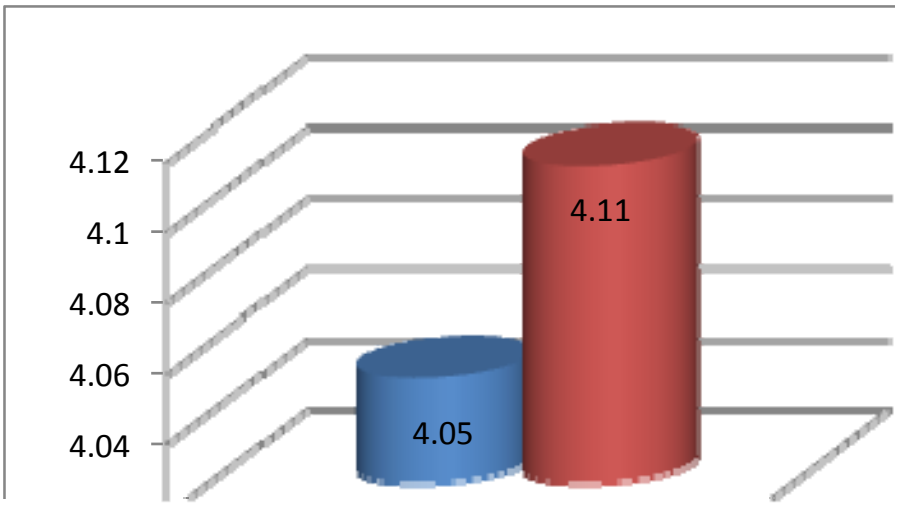

Figura 11. Medias de los conocimientos sobre sexualidad de la evaluación Pre-test y Pos-test en el grupo Control

Al realizar la Prueba **t** se obtuvo un valor de **t**= 0.166 con 29 grados de libertad y una probabilidad de 0.869, por lo tanto se acepta la hipótesis nula que menciona que no hay diferencias significativas entre la evaluación pre-test y pos-test en los conocimientos sobre sexualidad del grupo Control (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Diferencias de los conocimientos sobre sexualidad Pre-test y Pos-test en el grupo Control

Grupo	**Medias**		**T**	**P**
	Pre-Test	Pos-Test		
Control	4.05	4.11	0.166	0.869

Por otra parte, también es importante hacer la comparación entre el grupo experimental y el control con respecto a las diferencias en la primer evaluación y la segunda, y es a partir de esto que se realizó una Prueba **t** para muestras

independientes, ya que se comparó cada grupo con respecto a las dos evaluaciones que se aplicaron.

La Figura 12 muestra gráficamente las medias de las calificaciones obtenidas en la evaluación pre-test en el grupo experimental y el grupo control, siendo el grupo control quien mostró un promedio mayor en sus calificaciones obtenidas.

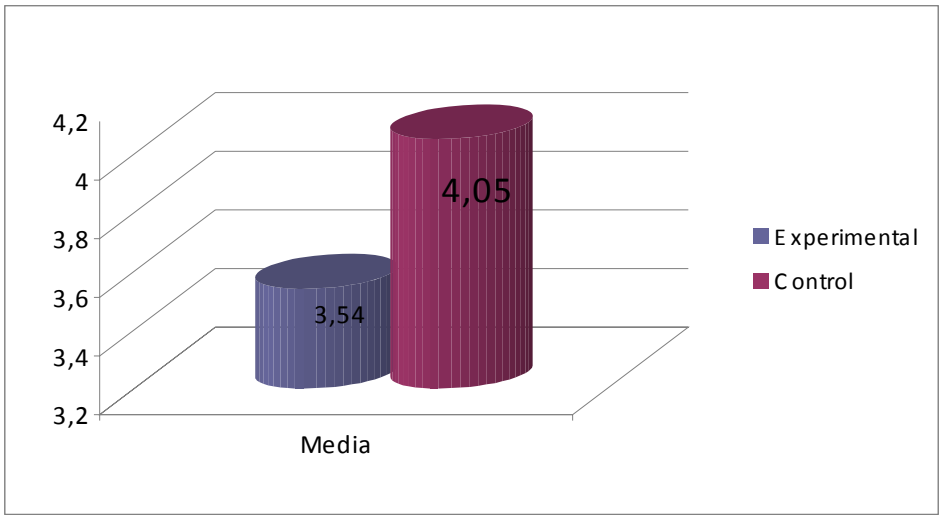

Figura 12. Medias de los conocimientos sobre sexualidad de la evaluación Pre-test en ambos grupos

En el análisis de la Prueba **t** se obtuvo un valor de **t**= 1.432 con una probabilidad de 0.158 y con 29 grados de libertad, ante esto se acepta la hipótesis nula mencionando que no hay diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control con respecto a los conocimientos sobre sexualidad en la evaluación pre-test, por lo tanto los grupos tienen en promedio el mismo nivel de conocimientos.

Tabla 10. Diferencias de la evaluación Pre-test del grupo experimental y del grupo control

Evaluación	Grupos	Medias	T	P
Pre-Test	Experimental	3.54	1.432	0.158
	Control	4.05		

Ahora en la evaluación pos-test las medias de los resultados de las calificaciones obtenidas se observa en la Figura 13, donde el grupo experimental es el que tiene un promedio mayor en sus calificaciones obtenidas.

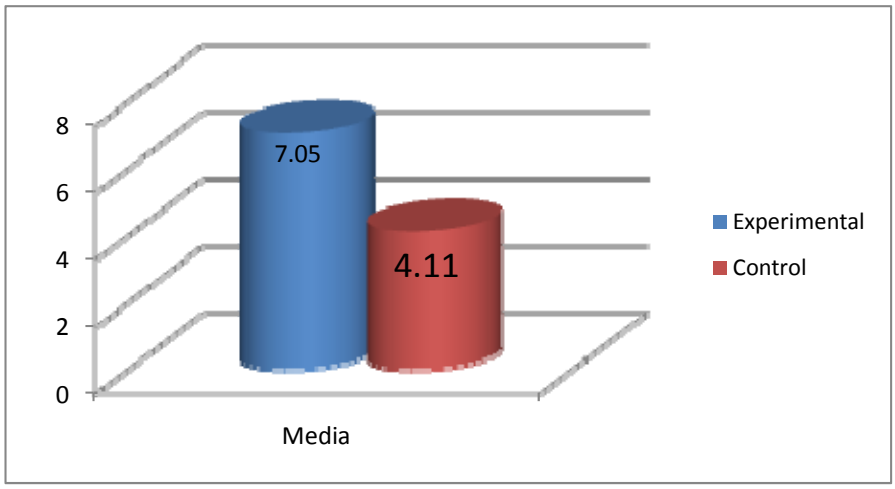

Figura 13. Medias de los conocimientos sobre sexualidad de la evaluación Pos-test en ambos grupos

La Tabla 11 muestra en análisis obtenido de la prueba **t** donde se obtuvo un valor de **t**= 6.098 con 29 grados de libertad y un promedio de 0.000, el cual tiene un nivel de confianza menor al 0.01, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que menciona que si hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y control con relación al conocimiento sobre sexualidad, lo cual implica que el taller tuvo un efecto de proveer un mayor conocimiento a los adolescentes que se les impartió ofreciéndoles un mayor conocimiento sobre la sexualidad.

Tabla 11. Diferencias de la evaluación Pos-test del grupo experimental y del grupo control

Evaluación	Grupos	Medias	T	P
Pos-Test	Experimental	7.05	6.098	.000
	Control	4.11		

Se puede decir que al comparar el grupo control y experimental en las evaluaciones pre-test y pos-test al inicio los alumnos tenían menos conocimientos sobre sexualidad, y después del taller que se le impartió al grupo experimental se obtuvieron los resultados esperados con respecto al brindar mayor conocimiento sobre sexualidad a los alumnos.

Estos resultados, en general pueden inferir que la actitud hacia la sexualidad realmente si sufrió cambios a partir de haber tomado el taller en el grupo experimental, y en el grupo control si hubo un ligero cambio de la primera aplicación a la segunda, de igual manera el taller tuvo un efecto de ofrecer mejor información sobre sexualidad ya que el grupo experimental al momento de ser evaluados antes de tomar el taller en promedio obtuvieron una calificación de 3.54 y después de tomar el taller la media de calificación fue de 7.05, calificación que también supera a la del grupo control en la misma evaluación posterior, donde obtuvieron un promedio de calificación de 4.11. Es decir, el taller impartido tuvo un efecto primordial en el cambio de actitud y de ofrecer muy buena información sobre sexualidad a los adolescentes que se les impartió.

5.2 Análisis Cualitativo

Al inicio del taller los adolescentes mostraron poco interés y resistencia por los temas que se tratarían. Conforme fueron transcurriendo las sesiones abordando los diferentes temas (enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y embarazo) se logró despertar el interés y la curiosidad en ellos, llegando en varias sesiones a excederse del tiempo dispuesto por la gran participación grupal.

En la aplicación de los instrumentos de evaluación (pretest) nos dimos cuenta que solo conocían dos de las enfermedades de transmisión sexual (SIDA y sífilis), ellos mostraban confusión entre SIDA y cáncer pensando que eran lo mismo.

Al finalizar las sesiones de los temas de enfermedades de transmisión sexual los jóvenes se mostraron sorprendidos por la gran variedad de enfermedades de transmisión sexual existentes, así como de las consecuencias que se tienen al adquirir alguna de estas.

De métodos anticonceptivos únicamente conocían las pastillas, el condón y las inyecciones, pero desconocían su forma de uso así como sus ventajas y desventajas.

Algunos comentarios de los chicos hacían referencia de haber iniciado su vida sexual sin utilizar algún método anticonceptivo de igual manera creían que estas enfermedades no se podrían adquirir por la razón de que las chicas con las que tenían relaciones eran vírgenes.

Al finalizar las sesiones de métodos anticonceptivos se mostraron más concientes de lo importante que es conocer y utilizar algún método anticonceptivo al iniciar su vida sexual.

En las sesiones de los temas de embarazo, al inicio los comentarios de los adolescentes eran muy superficiales, no mostraban preocupación por las consecuencias de un embarazo. Otros argumentaban que el tener un hijo les daba seguridad y respeto ante la sociedad.

Muy pocos argumentaron que un embarazo a esta edad les generaría rechazo por parte de su grupo de amigos y de sus padres, renunciando a sus proyectos personales adquiriendo nuevas responsabilidades.

A continuación se presentarán brevemente los resultados obtenidos por sesión.

Sesión 1

Se realizó una breve exposición por parte de las investigadoras explicando los motivos por los cuales se aplicó el taller; posteriormente se aplicó el pretest con la finalidad de conocer que tanta información tenían los adolescentes sobre sexualidad.

Sesión 2

Los adolescentes explicaron la anatomía y fisiología sexuales, así como los cambios más significativos durante la respuesta sexual. Finalmente se comento la importancia de conocer las partes y funciones asociadas con la

Se creó conciencia de que todos y todas somos susceptibles de padecer una ETS (Enfermedad de Transmisión Sexual). Cerrando la sesión con una puesta en común e intercambio de vivencias y dudas.

Sesión 8

Los adolescentes conocieron los síntomas de las enfermedades sexualmente transmisibles y la pertinencia de acudir con el médico, ante cualquier indicio o sospecha de enfermedad. Se cerró la sesión con una exposición y discusión.

Sesión 9

Reconocieron las medidas preventivas para preservar una adecuada salud reproductiva, de igual modo identificaron la gran variedad de anticonceptivos que existen y de cual(es) son los más recomendables para la población adolescente.

Sesión 10

Aclararon y dinamizaron el conocimiento del coito interrumpido o marcha atrás. Se concluyo con una dramatización.

Sesión 11

Los alumnos se familiarizaron con el preservativo. Se finalizó la sesión con la aclaración de dudas.

Sesión 12

Los adolescentes expresaron sus opiniones y escucharon las de otros, sobre algunos tópicos sociales relacionados con la sexualidad. Se realizó una discusión y un sociodrama.

Sesión 13

Los adolescentes nombraron las fases de la respuesta sexual humana, enlistaron diferentes alternativas para ejercer la sexualidad e identificaron las ventajas y desventajas de cada una de las alternativas para ejercer su sexualidad. Se finalizó con un trabajo en equipo.

Sesión 14

Los adolescentes expresaron sus opiniones y escucharon las de los otros sobre el taller impartido. Posteriormente se aplicó el postest; con la finalidad de saber cuales eran sus conocimientos sobre sexualidad, para evaluar el impacto que tuvo el taller en ellos.

CAPITULO 6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPITULO 6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1 Discusión y conclusiones

El objetivo de esta investigación era lograr un cambio en el nivel de información manejado por los adolescentes, así como sus actitudes hacia la sexualidad, esto como efecto de su participación en un taller de “Educación Sexual”.

Mediante el análisis de los resultados que se obtuvieron se puede llegar a la conclusión de que el taller logró su objetivo, ya que tanto en el cuestionario de conocimientos como en la escala de actitudes se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Muchos de los datos que arrojo esta investigación se encuentran altamente relacionados con la información que se manejo dentro del marco teórico de la presente tesis, iniciando por el tipo de población con la que se trabajo, todos ellos adolescentes de 12 a 16 años de edad, que se encontraban en segundo año de secundaria y algunos de ellos presentaban problemas escolares, mala conducta, rebeldía, etc. Todos tenían un punto en común: la necesidad de buscarse a sí mismo y de obtener su propia identidad.

En esta búsqueda de identidad, el adolescente recurre a las situaciones que se presentan como más favorables en el momento. Una de ellas es la uniformidad, que le brinda seguridad y estima personal, donde inminentemente aparece la necesidad de pertenencia y así nace el deseo de formar parte de un grupo. Las dificultades inician cuando esta exploración de identidad, lleva al adolescente a conductas con consecuencias negativas, como la promiscuidad sexual, la depresión, suicidio, embarazo entre otras, (Abestury, 1989).

Desafortunadamente algunas de estas consecuencias se encontraron en la muestra, muchos de los que ya habían iniciado su vida sexual no tenían una explicación del por qué de haberla iniciado tempranamente, pero al escuchar a los otros y a ellos mismos, se encontró un punto en común, algunos expresaron que al tener relaciones con sus novias(os) se sentían libres y que eso a su vez les permitía sentirse capaces de tomar sus propias decisiones, lo cual se relaciona con lo que dice Master(1995) “en sus ansias por liberarse de la supervisión de los padres y/o adultos, algunos(as) adolescentes ven en el sexo un medio para demostrar su aptitud para tomar decisiones propias y especialmente denotar un cambio drástico en su escala de valores”.

En los adolescentes se siguen presentando un incremento en las relaciones sexuales sin protección, embarazos tempranos, abortos, etc y aunque como dice Frietman (1994) “la salud de los adolescentes depende especialmente de su comportamiento”, no hay que olvidar que como a su vez menciona Monroy (1994) no se deben omitir otros factores importantes como los son: la familia, medios masivos de comunicación, amigos, escuela y sector salud principalmente.

Mediante las charlas que se tuvieron dentro del grupo existió un común denominador en la mayoría de los adolescentes y éste fue la comunicación disfuncional que mantenían con sus padres, lo que para la mayoría era sinónimo de una mala comunicación, ”mis papás y yo no nos entendemos”,era una de las frases que más se mencionaron; en una de las sesiones varios de los chicos comentaron que ocasionalmente sentían que no eran importantes para sus padres y que a ellos no les importaba en lo más mínimo lo que hicieran o dejaran de hacer, de igual modo se notó en los que pertenecían a familias disfuncionales (madrastra, padrastros, entre otros) o que constantemente tenían problemas de conducta, esto es muy importante ya que por lo general los adolescentes lo que buscan es aceptación y en muchas que ya tenían una actividad sexual activa, quienes referían que el tener contacto sexual con sus parejas las hacia sentir

queridas o importantes, al grado de que una de ellas compartió al grupo que evitaba el uso de condón como una muestra de confianza a su pareja, lo que demuestra el grave riesgo en que se encuentran muchos (as) adolescentes.

Esta necesidad de búsqueda de afecto se manifestó en uno de los reactivos que conformaban el cuestionario de información, en dónde se indagaba la actitud de los muchachos(as) hacia el ser padres o madres adolescentes, y del sentimiento que les podría despertar, resultó poco alentador que en el pretest gran parte del grupo especialmente las mujeres, expresaron que un hijo las haría sentir menos solas o más contentas, lo que refleja toda la carga emocional que una adolescente puede depositar sobre su hijo, al cual en muchas ocasiones ven como una tabla de salvación o bien como un medio para poder “ser alguien”,tener titulo de “madre” el cual las pondría en una posición diferente ante la sociedad, esto sin tomar en cuenta todas las perdidas que se dan paralelamente.

Como se puede observar, la sexualidad sigue siendo un tabú dentro de la familia lo que impide que los muchachos (as) tengan a alguien cercano y de confianza con quién puedan aclarar sus dudas, en parte porque ni los mismos padres saben como reaccionar ante estas situaciones o bien porque les dan evasivas, en el mejor de los casos, ya que varios miembros del grupo compartieron que la primera y única vez que intentaron hablar con sus padres estos los regañaron solamente y los castigaron por preguntar ese tipo de “cosas”, que no eran de su edad, lo cual decían les quitó las ganas de volver a acercarse a ellos para platicar; esto va muy de la mano con la concepción de que el no hablar de las cosas ayuda a no abrirles los ojos a los “niños”, cuando desafortunadamente muchos de esos a los que consideran niños ya tienen una vida sexual activa y desprotegida.

Desafortunadamente toda esta falta de comunicación y de medios heredados se seguirán transmitiendo hasta que no exista una verdadera educación integral, es decir una educación que contemple todos los aspectos del ser humano (biopsicosocial).

Debido a la inadecuación de los canales de comunicación es que los adolescentes recurren con mayor frecuencia para obtener información a los amigos aunque esto por lo general se encuentran tanto o más desinformados que ellos, pero son los únicos que no los van a prejuzgar por sus preguntas, aunque este sea un arma de dos filos, ya que en ocasiones por consejos de los amigos o por estar a la moda del grupo, los adolescentes tienden a actuar de acuerdo a las normas del grupo al que pertenecen, ya sea que inicien su actividad sexual prematuramente por ser bien vistos o bien abstenerse por la misma razón, esto en el mejor de los casos.

Dentro del taller muchos de los muchachos (as) manifestaron que con quien más hablaban de sexo era con sus amigos y por lo general del mismo sexo, lo cual se modificó en cierta manera con el taller, ya que éste les permitió a ambos sexos escuchar lo que realmente piensan unos de otros, por ejemplo, muchas muchachas consideraban que los chavos pueden pensar mal de ellas si les piden que se protejan, cuando los muchachos comentaron que ellos sienten la misma pena o más de proponerlo, en general se observaron cuan importante es el poder comunicar al otro lo que desea o lo que se piensa y así evitar muchos problemas a futuro.

En general se observó que la mayoría de los adolescentes manejaba información incorrecta guiada por una serie de mitos como: “A la primera nadie se embaraza”,”Si eres joven no te pasa nada”,”Con condón no se siente lo mismo”,”Sólo las vírgenes valen la pena”, entre otros mitos que debemos ir desterrando, especialmente las personas que trabajamos en el campo educativo.

sexualidad humana de igual modo permitiendo la expresión de comentarios y sentimientos del grupo.

Sesión 3

Se discutieron las medidas de higiene en el hombre como en la mujer para conservar una adecuada salud sexual, enfatizando la importancia de las medidas preventivas adecuadas. Se finalizó la sesión con una reflexión del grupo.

Sesión 4

Se fomentó una discusión en el grupo de las consecuencias biopsicosociales del embarazo adolescente, enfatizando cuales fueron las condiciones óptimas para un embarazo.

Sesión 5

Se concluyó la sesión con una puesta en común dando sus diferentes puntos de vista acerca de la prevención del embarazo.

Sesión 6

Se describieron las características más importantes de las ETS más comunes y SIDA, resaltando la importancia de las medidas preventivas adecuadas. Se cerró la sesión con una reflexión del grupo.

Sesión 7

Una de las principales aportaciones de esta investigación es la demostración que talleres como el que se llevó a cabo en la secundaria, son bien recibidos por la comunidad adolescente que a él acude y que desafortunadamente es un área de la vida de los chicos (as) que no se está trabajando de manera más especifica.

En materia de conocimiento de métodos anticonceptivos se comprobó que existe un gran desconocimiento por parte de los adolescentes a raíz de la realización de un ejercicio que se llevo a cabo dentro del taller, en el que ellos tenían que conseguir algún método anticonceptivo, en primera por no saber que hacer y en segunda por lo sorpresivo y hasta lo mal visto que resulta, escuchar a un adolescente preguntar por qué método anticonceptivo le conviene usar, lo que demuestra que a pesar de que es una realidad que los adolescentes de nuestro país están teniendo actividad sexual, aún existe una venda que no permite a la sociedad en general aceptarlo y hacer algo para que las consecuencias de esta actividad temprana no terminen en embarazos no planeados, abortos, enfermedades de transmisión sexual, etc.

De igual modo resulta sorprendente que para muchos de los miembros del grupo los métodos anticonceptivos naturales (el ritmo y el coito interrumpido especialmente) sean considerados como sumamente efectivos, ya que muchos mencionaron que aparte de ser los más fáciles de llevar a cabo nadie se da cuenta de que los están usando, y así se evitan problemas, ya que consideran que otros como las pastillas se les va a notar o bien que no tienen edad para usarlas, mientras tanto los hombres creen que no tiene caso usar condón si ellos saben que las muchachas son vírgenes o bien por la creencia de que no se siente lo mismo; todo esto refleja una falta de conciencia de riesgo, afortunadamente se deduce que sus actitudes se modificaron al finalizar el taller.

La falta de una cultura que motive al uso del condón va muy de la mano con la percepción de riesgo que tienen en relación al contagio de una enfermedad sexualmente transmisible en especial del SIDA, ya que muchos de ellos sólo lo toman como algo que les ayuda a evitar embarazar o ser embarazadas, omitiendo otros riesgos que se corren con una actividad sexual sin protección.

A pesar de que se cuentan con numerosas campañas de información sobre el SIDA especialmente, muchos de ellos lo veían como un problema lejano que no tiene porque afectar a la gente joven, heterosexual, etc. Lo que refleja que muchas veces el problema no es que exista información sino más bien cómo se hace llegar esa información y sobre todo cómo llega a la población adolescente, de ahí que insista en la necesidad de disponer de técnicas adecuadas y significativas para este sector de la población.

Así como otros tópicos el taller mostró sus beneficios mediante el cambio de las actitudes el tema del SIDA no fue la excepción.

Mediante la investigación los adolescentes manifestaron que se encontraban a gusto en el taller, ya que ahí se sentían libres de hablar de su sexualidad, lo cual sienten que no es posible con cualquier persona dentro del plantel educativo, esto por el temor a como serán recibidas sus inquietudes, ya que algunos de ellos compartieron algunas experiencias negativas con el personal que ahí laboraba, ya que en lugar de escucharlos principalmente los regañaban y posteriormente les comunicaban a sus padres lo que ellos habían preguntado y el regaño era doble.

Otra aportación que brindó esta investigación fue que cumplió con los objetivos de educación de la sexualidad, ya que se dio un conocimiento y comprensión de la sexualidad, así como el hecho de que está puede vivirse con responsabilidad, respeto y placer, permitiendo de igual manera que sus valores y

patrones de conducta fueran menos rígidos y así dar cabida al cambio como se mostró en el postest de la escala de actitudes principalmente.

Lo que en general permite afirmar que el taller así como las técnicas afectivo-participativas son la mejor herramienta parta poder llegar de forma significativa a la población adolescente.

Corroborándose así la definición de taller dada por Lespada (1989) como “Una unidad didáctica , la cual sirve como instrumento de acción, como guía dúctil, que apoya tanto al alumno como al docente, en el proceso de enseñanza-aprendizaje, es decir, en un taller interviene una actitud protagónica por parte de los individuos, en el “aprender haciendo”. Lo que permite no establecer lugares de rango dentro del grupo, haciendo sentir a los adolescentes más libres para expresarse, facilitando su involucramiento sin agredir su autonomía e independencia evitando así un enfrentamiento con la autoridad que es de lo que vienen escapando y que por lo general es lo que la mayor parte de su vida han conocido.

CAPITULO 7

EXPERIENCIA PROFESIONAL

CAPITULO 7

EXPERIENCIA PROFESIONAL

7.1 Experiencia profesional

Esta investigación nos permitió reflexionar sobre la importancia que tiene la implementación de talleres de orientación sexual en adolescentes ya que ellos tienen sus propias características y necesidades propias de esta edad, por consiguiente nos ha permitido conocer su naturaleza, para determinar en un momento dado cuales son los procedimientos adecuados que se deben emplear al abordar estos contenidos, que realmente respondan a los intereses y necesidades de los adolescentes.

Este trabajo nos dio la posibilidad de motivar al personal docente debido a que nuestra presencia los impulso a preparar los temas de sexualidad con cada uno de sus grupos.

Existen grandes posibilidades de que este tipo de talleres se trabajen desde el nivel básico educativo y que este sea el inicio de un cambio gradual y constante de abordar la sexualidad durante el proceso de enseñanza aprendizaje haciendo patente este conocimiento a los padres de familia y docentes que por diferentes razones desconocen la forma de abordar el tema de la sexualidad.

Durante la aplicación del taller observamos que el cambiar la actitud de los adolescentes no se logra en tan poco tiempo, se requiere de un trabajo continuo.

Una de las principales limitaciones con las que nos encontramos fue el problema de espacios y tiempos, ya que el aula asignada no contaba con las

condiciones adecuadas para trabajar, por la falta de ventilación y luz, así como material audiovisual.

Otra limitante fue el no poder impartir el taller en forma consecutiva es decir diario, que era como se había planeado en primera instancia, ya que el horario fue establecido por el director de la institución.

Sería importante complementar la escala de actitudes, ya que al hacer la subdivisión algunas de las escalas quedaron con muy pocos ítems por lo que sería conveniente idear nuevos reactivos o bien trabajar sobre un nuevo instrumento que ayude a evaluar las actitudes hacia la sexualidad de los adolescentes.

Una de nuestras propuestas es el hacer énfasis en la necesidad tan grande que se tiene en materia de educación sexual en nuestro país para así poder brindar en instituciones como la del sector educativo talleres de sexualidad dirigido a padres, para que estos aprendan o por lo menos sepan como orientar a sus hijos en torno a estos temas que son tan difíciles para muchos de ellos. Ya que haciendo una tarea de sensibilización con los padres, se educaran niños más sanos en su desarrollo psicosexual.

De esto mismo parte la idea de brindar talleres de educación sexual desde la infancia ya que está es la base para una adolescencia sana.

En general el tema de la sexualidad necesita aun mucho trabajo y es cuestión de ir dando los primeros pasos para lograr cambios realmente importantes y sobre todo que impacten de manera positiva a nuestros adolescentes, que de una manera u otra nos están pidiendo a gritos información pero sobre todo comprensión y respeto.

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

Aberasturi, A.Y Knobel, M. (1989). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanálitico.* México: Paidós.

Aguilar, J., Botello, L. Aumakyee, K. (1998). *Hablemos de la Autoconciencia de la Salud Sexual y Reproductiva*. MEXFAM con patrocinio del Instituto de salud Reproductiva y la Universidad de Georgetown. México.

Aguirre, A.(1998). *Psicología de la Adolescencia*. Alfaomega. Bogotá.

Alfaro,L.(1991). *Sexualidad y Sida en el adolescente*. Tesis de Licenciatura. México: UNAM.

Alsteen, A. (1970). *La masturbación en los adolescentes*. Herder. Barcelona.

Craig, G . (1988). *Desarrollo psicológico*. Cuarta edición. México Prentice Hall.

Encuesta gente joven 99, Mexfam.

Florenzano. R.U.(1988). *Salud del adolescente: bases para un plan de acción*. (Documento preliminar OPS)

Freud, A. (1974). *El yo y los mecanismos de defensa*. Paidós. Buenos Aires.

Freud, A., Oesterrieth, P.A., Pieaget, J., y cols. (1972). *El desarrollo del adolescente*. Ediciones Horme, Buenos Aires: Paidós.

González, J. (2001). *Psicopatología de la Adolescencia*. Editorial Manual Moderno, México D. F.

Gotwal, W. Y Holtz G. (1993). *Sexualidad: la experiencia humana*. Edit. Manual Moderno, México, D.F.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C. Y Baptista, P. (2001). *Metodología de la investigación*. 3ª edicción. México. MacGrawHill.

Hurlock, E. (1987). *Psicología de la adolescencia*. 4ª. Edición. México. Paidós.

Kilander, H. F (1973) *La educación sexual en la escuela primaria y secundaria*. Edt. Paídos, Buenos Aires.

Lespada, J. (1989). *Aprender haciendo: los talleres en la escuela*. Edit. Humanitas. Buenos Aires, Argentina.

Masters, W., Jonson, V. y Kolodny, r. (1995). *La Sexualidad Humana*. Vol. II Editorial. Grijalbo. Barcelona.

Monroy, A. (1994). *Antología de la Sexualidad Humana*. La sexualidad en la adolescencia, Tomo 2, CONAPO. México.

Monroy, A. y Col. (1996). *Manual de Capacitación sobre Salud Integral del Adolescente para profesionales de la Salud*. Copy Rigt, CORA, México. Ediciones Solart.

Moraleda, M. (1992). *Psicología del desarrollo*. Marcombo. Barcelona.

OPS. Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M., Suárez, O. (1992). *Manual de medicina de la adolescencia*, OPS, Washington, D;C.

Pérez, G. y Larrea, F. (1994). *Antología de la sexualidad humana: Anticoncepción*. CONAPO. México.

Pick de Weiss, S., Andrade, P; Townsend, J., Givaudan, M. *Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos. Conducta sexual y anticoncepción en adolescentes*. Salud Mental, Vol. 17 Marzo de 1994

Pick, S. Atkin, L. Y Karchmer, S. (1998). *Diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general*. “PSICOLOGIA”.

Pick, S. y López Velasco, A. (1979). *Como investigar en ciencias sociales*. México, Editorial Trillas.

Pick, S. Aguilar, J., Rodríguez, G. et al. (1995). *Planeando tu vida*. México, Editorial. Planeta.

Rivera, G. Aguilar, J. Y Schlavon, R. (1999). *Métodos anticonceptivos para adolescentes*. Manual para prestadores de servicios. Pathfinder México, Cuadernos de Trabajo No. 4, México.

Rizo, A. (1989). *Enfermedades de transmisión sexual y el adolescente*. Memorias de la Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe. Oaxaca, México, del 6 al 10 de Noviembre, Documento de CORA.

Rodríguez G. y Aguilar, J. (1998). *Hablemos de Sexualidad con la gente joven*. Modelo educativo para profesores y profesionales que trabajan con jóvenes. Mexfam en colaboración con el plan Gente Joven. México.

Rodríguez, G. *Mitos sobre la sexualidad y el SIDA en los adolescentes*. *La Santa Fé*, comunidad de México, Conasida-Colmex-Mexfam-UAM. 1992.

Semmens, James P. (1989). *El mundo del adolescente*. Barcelona C.E.C.S.A.

Sullivan, H.S.(1997). *La entrevista Psiquiátrica*. Siglo Veinte. 4ª reimpresión. México.

Summers *Medición de actitudes*, la Edc. 1976, Edt. Trillas, México.

Tolbert, K. (1998). *La adolescente embarazada, características y riesgos psicosociales*. “PSICOLOGÍA.

Vázquez, M.(1997). *Estudio de actitudes hacia la sexualidad en adolescentes y factores que intervienen en su formación*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

A N E X O S

ANEXO 1

Edad_____

Sexo_____

ESCALA DE ACTITUDES

Instrucciones

El presente instrumento está formado por una serie de afirmaciones acerca de la sexualidad y de SIDA, léelas cuidadosamente y marca con una “X” sólo una de las opciones. Te recuerdo que todo lo que respondas será completamente confidencial, así que responde sinceramente: las opciones son las siguientes:

TA: totalmente de acuerdo D: En desacuerdo

A: De acuerdo TD: totalmente en desacuerdo

I: Indeciso.

Ejemplo: El hacer ejercicio es importante para conservar nuestra salud.

(x) TA ( ) ( ) I ( ) D ( ) TD

Si tú marcas como en el ejemplo la opción TA, quiere decir que estas totalmente de acuerdo con la afirmación. Así que de antemano gracias por tu colaboración.

¡ADELANTE¡

1.- La virginidad es un valor muy importante para mí.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

2.- Es sano que el adolescente tenga relaciones sexuales.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

3.- Una pareja puede tener relaciones sexuales de cualquier tipo

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

4.- Una mujer si lo desea puede quedar embarazada aun siendo soltera

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

5.- Las relaciones sexuales son para obtener placer

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

6.- Es necesario que el adolescente tenga relaciones sexuales

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

7.- El aborto se debe de legalizar en México

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

8.- El uso de anticonceptivos propicia el libertinaje en los jóvenes

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

9.- Obtener placer de las relaciones sexuales es algo que debe evitarse

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

10.- Se debe evitar usar anticonceptivos en la rutina sexual.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

11.- Masturbarse es algo natural en los jóvenes.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

12.- Las mujeres deben permanecer vírgenes hasta el matrimonio

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

13.- Divertirse durante las relaciones sexuales es algo inadmisible.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

14.- Se debe evitar que se legalice el aborto en México

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

15.- Quedar embarazada siendo soltera es algo vergonzoso.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

16.- Los adolescentes deben sentirse libres de hacer lo que deseen

sexualmente.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

17.-Las relaciones sexuales antes del matrimonio son aceptables.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

18.- Los jóvenes deben evitar la masturbación.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

19.- Si la pareja está de acuerdo puede tener relaciones sexuales orales.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

20.- Es perjudicial para el adolescente tener relaciones sexuales.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

21.- Masturbarse es perjudicial para los adolescentes.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

22.- La pareja debe evitar las relaciones sexuales orales.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

23.- Es inaceptable que un individuo sostenga relaciones sexuales con personas de ambos sexos.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

24.- Es saludable que los adolescentes se masturben.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

25.- Los adolescentes deben evitar las relaciones sexuales.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

26.- Una pareja puede tener relaciones sexuales anales sí así lo decide.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

27.- Los jóvenes deben tener libertad en sus relaciones sexuales premaritales.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

28.- Se obtiene el mismo placer en las relaciones sexuales cuando se usan anticonceptivos.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

29.- Los jóvenes deben de mantener en secreto sus relaciones sexuales premaritales.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

30.- El aborto es un crimen.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

31.- Una pareja debe casarse para poder tener relaciones sexuales.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

32.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio es una actitud vergonzosa.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

33.- Los jóvenes pueden disfrutar de las relaciones sexuales sin tener el contagio del SIDA.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

34.- Una persona puede aprender a protegerse de la infección del VIH con la información proporcionada por la T.V.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

35.- Si tuviera la oportunidad me realizaría la prueba de detección del VIH.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

36.- Si supiera que mi novio (a) está infectado (a) por el VIH lo apoyaría.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

37.- Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

38.- La prostitución debe desaparecer para evitar que se difunda el VIH.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

39.- Es necesario que se realicen más campañas de información sobre SIDA para prevenir la enfermedad.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

40.- Evitaría tener amigos que estuvieran infectados del SIDA por miedo de contraer la enfermedad.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

41.- Se debe evitar correr el riesgo de infectarse con el VIH usando siempre condón en las relaciones sexuales.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

42.- Si mi pareja sexual estuviera contagiada con el VIH lo apoyaría sin temor de contraer la enfermedad.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

43.- La homosexualidad es una conducta irresponsable que ayuda a que se trasmita el SIDA.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

44.- La información que tenga sobre el SIDA ha cambiado mi conducta sexual.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

45.- Si me enterara que un amigo mío tuviera SIDA lo rechazaría.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

46.- Todos los adolescentes deberían utilizar preservativos y espermaticidas en sus relaciones sexuales.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

47.- La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

48.- Los homosexuales deben desaparecer para evitar que se difunda el SIDA.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

49.- Me interesa buscar información sobre el SIDA.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

50.- La bisexualidad es una práctica sexual que si se lleva con responsabilidad evita que se difunda el SIDA.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

51.- En general los jóvenes tienen su primera experiencia sexual con parejas ocasionales.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

52.- Si mi novio (a) estuviera infectado (a) con el VIH, tendría relaciones

sexuales con él (ella), con las precauciones necesarias.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

53.- Se deben mantener aislados a los enfermos de SIDA para evitar que se difunda la enfermedad.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

54.- De nada sirven las campañas de información sobre el SIDA.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

55.- La prostitución debe llevarse con libertad para evitar que se difunda el VIH.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

56.- Usar condón en las relaciones sexuales hace que la pareja piense que se quiere prevenir del contagio del SIDA.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

57.- La mayoría de los jóvenes sexualmente activos se realizan la prueba de detección de VIH.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

El presente cuestionario, tiene la finalidad de conocer lo que sabes de sexualidad, por lo que te pido contestes lo más sinceramente posible a cada pregunta, sin omitir ninguna respuesta.

Sexo_____
Edad_____

1.- ¿Qué son las relaciones sexuales?_____
_____
_____
_____

2.- ¿Qué son las relaciones sexuales premaritales y extramaritales?_____
_____
_____
_____

3.- ¿Cuáles son las consecuencias del embarazo en la adolescencia? _____
_____
_____
_____

4.- ¿Cuáles son los cambios físicos que tendrías si tuvieras un embarazo a esta edad? _____
_____
_____

5.- ¿Qué son para ti las enfermedades de transmisión sexual? _____
_____
_____
_____

6.- Menciona las principales enfermedades de transmisión sexual que conoces. __
_____
_____
_____

7.- ¿Crees que tu puedes adquirir una enfermedad de transmisión sexual?
Si_____ No_____
¿Porqué?_____
_____
_____

8.- ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?_____
_____
_____
_____

9.- Menciona las ventajas y desventajas de cada uno. _____
_____
_____
_____

10.- ¿Has tenido relaciones sexuales?

Si _____ No _____

A que edad _____

11.- ¿Has empleado algún método anticonceptivo?

Si _____ No _____

¿Cuál? _____
_____

ANEXO 3

TALLER

SESION 1

Tiempo: 2 HRS

Tema:

Presentación del Taller y Aplicación del Pretest

Objetivo General:

Se hará una breve exposición de las investigadoras explicando los motivos por los cuales se aplicara este taller; así mismo los temas qué integran posteriormente, se aplicará el pretest con la finalidad de conocer que tanta información tienen los adolescentes sobre sexualidad.

Material: Gises, pizarrón y material impreso.

En el cierre de la sesión se llevara a cabo con la exhortación hacia los adolescentes que se integren y participen con la asistencia, durante el desarrollo del taller ya que será benéfico para ambos (las investigadoras y los alumnos).

Actividad en casa:

Actividad en casa: se les pedirá a los jóvenes que a la hora de bañarse exploran sus genitales y senos para comentar la experiencia de cómo se sintieron y que observaron al realizar la tarea, esto se revisara la próxima clase.

Instrucciones:

Pedir a los hombres adolescentes que se palpen sus testículos buscando inflamaciones o abultamientos que al tacto resulten dolorosas o inusuales. Que revisen su pene observando su piel, su textura y forma, para poder detectar cualquier cambio que pueda ser síntomas de alguna infección.

Pedir a las mujeres que periódicamente se revisen, por ejemplo después de cada menstruación, se palpen los senos con las yemas de los dedos para detectar nódulos.

SESION 2

Tiempo: 2 HRS.

Tema:

Salud sexual, anatomía y fisiología sexuales.

Objetivo General:

Los adolescentes serán capaces de explicar la Anatomía y fisiología sexuales, así como los cambios mas generales durante la respuesta sexual.

Técnica:

Lluvia de ideas, exposición, dinámica.

Material de apoyo:

Pizarrón, acetatos.

Ejercicio:

¿Sabes como soy? Di mi nombre.

Objetivo: Identificar las características anatómicas funcionales de los genitales en el ser humano.

Material: Pizarrón y gises

Desarrollo:

1) Dividir al grupo en dos equipos. Pedirles que se identifiquen con el nombre que deseen y escribir los nombres en el pizarrón.

2) Explicar que el ejercicio consistirá en una competencia en la que un representante de uno de los equipos tendrá que describir a su equipo (sin decir el nombre especifico) algunas de las partes anatómicas o de las funciones asociadas con la sexualidad humana que los miembros del equipo contrario le hallan dicho en secreto.

3) El representante tendrá como máximo 2 minutos para describir con todo detalle el proceso o la función que se le halla dicho. El educador (a) fungirá como arbitro de la competencia. La representación del órgano o la función que debe describir el educando debe ser por medio de mímica.

4) Los aciertos y fracasos serán anotados en el pizarrón y cada equipo se ira tomando la oportunidad de participar. El juego se prolongara hasta que el tiempo lo permita. Al final el educador (a) sumara los puntos y dará un premio simbólico (aplausos, una porra, etc.) al equipo ganador.

5) Cerrar el ejercicio comentando la conveniencia de conocer las partes y funciones asociadas con la sexualidad humana.

SESION 3

Tiempo: 2 HRS.

Tema:

Higiene sexual en la mujer y en el hombre.

Objetivo General:

Los adolescentes serán capaces de discutir las medidas de higiene necesarias para conservar la salud sexual.

Contenido Temático:

La higiene sexual como medida para preservar la salud sexual.

MUJERES	HOMBRES
✓ Aseo diario ✓ Cambio de ropa interior ✓ Higiene de los genitales ✓ Higiene de la menstruación ✓ Examen de mamas ✓ Prevención de cáncer uterino ✓ Examen medico general, examen pélvico. ✓ Nutrición y salud. ✓ Descanso, ejercicio, salud, etc. ✓ Acné ✓ Abstinencia, sexo seguro, anticoncepción	✓ Aseo diario ✓ Cambio de ropa interior ✓ Higiene de los genitales ✓ Examen genital para corregir anormalidades ✓ Nutrición y salud ✓ Descanso, ejercicio, salud, etc. ✓ Acné ✓ Abstinencia, sexo seguro, anticoncepción.

Técnica:

Corrillos y exposición

Material de apoyo:

Laminas, pizarrón y gis.

SESION 4

Tiempo: 2 HRS.

Tema:

Embarazo en la adolescencia.

Objetivo General:

Los adolescentes serán capaces de discutir las consecuencias biosicosociales del embarazo en la adolescencia.

Técnica:

Sociodrama y discusión en corrillos. Exposición.

Material de apoyo:

- ✓ Pizarrón, gises

SESION 5

Tiempo: 2 HRS

Tema:

Jugando a Mamás y Papás

Objetivo General:

Hacer consciente la fantasía reproductiva.

Técnica:

Combinada de Relajación

Materiales:

Papel y Bolígrafos.

Desarrollo:

1) Sentados en el suelo, se induce una relajación con el discurso de una fantasía, inducida de fecundidad. Plantear como una y uno a veces se enfrentan al deseo de ser fecundadas y fecundados haciendo una hija o un hijo. Debe ser una inducción muy suave.

2) Acto seguido y manteniendo silencio grupal, se le indica al grupo que escriba en un papel como vive cada una y cada uno la fantasía de ser padres con sus ventajas y sus inconvenientes.

3) Después, cada persona lee en voz alta y para todo el grupo toda su fantasía. Cuando todas las personas han leído, se habré la puesta en común de las vivencias y emociones contrastando las diferentes posturas y opiniones ante el hecho. Se elabora la necesidad de que cada persona se responsabilice de sus actos y de sus conductas eróticas, se elabora la conveniencia de decidir a priori y evitarse los disgusto de un “embarazo susto” o un “susto de embarazo”

SESION 6

Tiempo: 2 HRS.

Tema:

Enfermedades sexualmente transmitibles (ETS) y SIDA.

Objetivo General:

Los adolescentes serán capaces de describir las características mas importantes de las enfermedades sexualmente transmitibles mas comunes y el SIDA en la juventud y de explicar las medidas preventivas adecuadas.

Contenido Temático:

Concepto de enfermedades sexualmente transmitibles

- ✓ Sintomatologia general de las EST y SIDA
- ✓ Importancia del diagnostico medico oportuno de las ETS y el SIDA.
- ✓ Medidas preventivas generales de EST y SIDA.

Técnica:

Exposición, preguntas y respuestas

Material de apoyo:

Acetatos y proyector.

SESION 7

Tiempo: 2 HRS.

Tema:

¿Será un Pulga?

Objetivo General:

Crear conciencia de que todos y todas somos susceptibles de padecer una ETS (Enfermedad de Transmisión Sexual)

Técnica:

Dramatización.

Material de apoyo:

Ninguno

Desarrollo:

1) Argumento: Una chica en la ducha recuerda el pasado fin de semana. Conoció a un chico que le gustó e hizo el amor con él. Él parecía no sufrir de nada. Era un chico limpio, guapo y que olía bien. Han pasado unos días y ella tiene molestias en vagina y vulva, el flujo vaginal tiene un color extraño, y huele raro. Le pica mucho y está asustada. No sabe qué hacer. Se lo cuenta a su amiga y deciden ir a una oficina de información juvenil, por si les pueden orientar. Afortunadamente en dicha oficina hay una asesoría sexual. Comentan su problema y le informan que posiblemente tiene una Enfermedad de Transmisión Sexual y le dan la dirección de un centro de planificación familiar para jóvenes. Le indican que vaya lo antes posible y que avise al chico con el que mantuvo contacto sexual.

Las chicas se van aliviadas en busca de diagnóstico y tratamiento para su problema.

SESION 8

Tiempo: 2 HRS.

Tema:

La Adivinanza

Objetivo General:

Los adolescentes serán capaces de conocer los síntomas de las enfermedades sexualmente transmisibles y la pertinencia de acudir con el medico, ante cualquier indicio o sospecha de enfermedad.

Técnica:

Razonamiento

Material de apoyo:

Hoja de enunciados, Pizarrón, Gises

Desarrollo:

1) El educador iniciara explicando que son las E.T.S. Y les proporcionara a los alumnos información impresa de las enfermedades mas comunes para su revisión.

2) El educador comentara que va a realizar un juego en el que el(ella) actuara como un paciente adolescente y los equipos como un doctor que diagnosticara y recomendara un tratamiento según sea el caso.

3) Dividir al grupo en 2 equipos, pidiendo que cada equipo se ponga un nombre alusivo (por ejemplo, los matasanos, quítame la vida, etc.).

4) Leer en voz alta el enunciado que se encuentra en la sección de apoyo didáctico (se refiere a una hoja con los enunciados).solicitar que ambos equipos escuchen la adivinanza, dándoles dos minutos para que piensen en ella y al termino, escuchar la respuesta del equipo que haya levantado la mano primero. En caso de que el primer equipo no respondiera acertadamente se dará la oportunidad al otro.

5) Si la respuesta es correcta se dará un punto al equipo que haya acertado, apuntándolo en el pizarrón. Continuar hasta que el tiempo lo permita.

6) El educador deberá promover el ambiente festivo, y la competencia del ejercicio.

SESION 9

Tiempo: 2 HRS.

Tema:

Anticoncepción.

Objetivo General:

Los adolescentes serán capaces de explicar las medidas preventivas para preservar la salud reproductora y los métodos anticonceptivos adecuados para cada tipo de persona.

Contenido temático:

Estrategias para la salud reproductora, inicio oportuno, espaciamiento entre los hijos, terminación temprana.

- ✓Abstinencia
- ✓Consecuencias de una vida sexual activa si medidas anticonceptivas
- ✓Métodos temporales para el hombre.
- ✓Métodos temporales para la mujer.
- ✓Métodos definitivos para el hombre y la mujer.
- ✓Métodos recomendables para los adolescentes con relaciones esporádicas.
- ✓Métodos recomendables para adolescentes con relaciones frecuentes.
- ✓Indicaciones y contraindicaciones, efectos colaterales y modo de uso de los métodos propios para jóvenes.

Técnica:

Exposición y discusión.

Material de apoyo:

Muestrario de anticonceptivos.

SESION 10

Tiempo: 2 HRS.

Tema:

Antes de Llover Chispea

Objetivo General:

Aclarar y dinamizar el conocimiento del coito interrumpido o marcha atrás.

Técnica:

Dramatización.

Material de apoyo:

Ninguno

Desarrollo:

1) Argumento: Una joven pareja decide hacer el amor, no han preparado la situación y ambos carecen de preservativos o de algún método anticonceptivo. Se plantean realizar la marcha atrás o coito interrumpido, es decir, que el varón se retire de la vagina antes de eyacular. Ella no confía y le convence para hacer el amor de otra manera. El acepta, pero con la condición de ir al día siguiente a un centro de información para jóvenes y saber realmente a qué atenerse. Le enfada a él, la falta de confianza de ella, que cuestiona su pericia y habilidad en el control de la eyaculación.

Al día siguiente van a informarse y les felicitan por su decisión. Les explican las técnicas anticonceptivas en su totalidad y las prácticas sexuales aconceptivas aclarándoles que la realización del coitus interruptus muchas veces falla, no tanto porque él no tenga control sobre su eyaculación, sino porque como bien dice el dicho popular “Antes de Llover Chispea”, es decir cuando él está excitado antes de eyacular brota el llamado líquido preeyaculatorio, en el cual puede haber espermatozoides susceptibles de fecundar. Siendo esto válido tanto para las penetraciones, como para las minipenetraciones o “Sólo puntita” (del pene, se entiende, en la entrada vaginal).

SESION 11

Tiempo: 2 HRS.

Tema:

Desperezando el Condón

Objetivo General:

Los alumnos se familiarizaran con el preservativo.

Técnica:

Reunión en Corrillos

Material de apoyo:

Preservativos, vasos altos con agua y pastillas efervescentes

Desarrollo:

1) Todos en círculo, se le da a cada participante un vaso alto con agua, dos pastillas efervescentes y un preservativo dentro de su envase.

2) Primero hay que identificar la fecha de caducidad. Si ha caducado no sirve. Comprobado este dato, se indica rasgar el envase y sacar el preservativo. Desenrollarlo y ver cómo es, cómo huele y el tacto que tiene.

3) A continuación se echan en el agua las dos pastillas efervescentes y rápidamente se inserta el preservativo en el borde superior del vaso, debido al gas desprendido el preservativo se enderezará simulando cómo queda en un pene erecto.

4) Puesta en común y aclaración de dudas y normas de uso. Es importante recoger las emociones despertadas en cada miembro del grupo.

SESION 12

Tiempo: 2 HRS.

Tema:

Algunos tópicos sociales de la sexualidad.

Objetivo General:

Los adolescentes serán capaces de expresar sus opiniones y escuchar las de otros sobre algunos tópicos sociales relacionados con la sexualidad.

Contenido temático:

- ✓Concepto de sexualidad. Comercialización
- ✓Papeles sexuales en una sociedad con roles igualitarios
- ✓Variaciones de la conducta sexual
- ✓Planificación familiar, paternidad responsable.

Técnica:

Sociodrama, exposición y discusión.

SESION 13

Tiempo: 2 HRS.

Tema:

Alternativas para ejercer la sexualidad

Objetivo General:

Los adolescentes serán capaces de nombrar las fases de la respuesta sexual humana, enlistar diferentes alternativas para ejercer su sexualidad e identificar las ventajas y desventajas de cada de las alternativas para ejercer su sexualidad.

Técnica:

Trabajo en Equipo

Material de apoyo:

Hojas Blancas, Plumones, Lápices.

Ejercicio:

Analizar las alternativas que tiene el joven para ejercer su sexualidad.

Desarrollo:

1) El educador hará una introducción del tema.

2) Dividir al grupo en 4 equipos. Dar a discutir a cada equipo una de las alternativas siguientes: abstinencias, acudir con una prostituta, masturbación, relaciones sexuales premaritales con base a las ventajas y desventajas de cada una de estas opciones y su posición personal.

3) Solicitar que nombren un representante de cada equipo y que sea éste, el que lea en voz alta las conclusiones a las que llego el grupo.

Termino de la Clase:

El educador responderá dudas y escuchara comentarios.

SESION 14

Tiempo: 2 HRS

Tema:

Retroalimentacion y Aplicación del Postest

Retroalimentacion

Objetivo General:

Los adolescentes serán capaces de expresar sus opiniones y escuchar las de otros sobre el taller impartido. Posteriormente se aplicará el postest, con la finalidad de saber cuales son sus conocimientos sobre sexualidad, para evaluar el impacto que tuvo el taller en ellos.

Materiales:

Pizarrón, gises y hojas blancas

Desarrollo:

- Los alumnos se acomodaran en forma circular.
- Posteriormente se propiciara la reflexión de los alumnos y se les invitara a participar expresando dudas., comentarios, sugerencias, etc.

Aplicación del postest:

Duración: 90 minutos aprox. Aplicación del postest.

Cierre de la sesión:

Se concluirá con una reflexión grupal de lo importante que es actuar de forma responsable en nuestra sexualidad.

Se les invitara a que acudan con un medico o alguna otra persona que les proporcione información objetiva, cuando tengan duda sobre sexualidad. De igual manera se les brindara información sobre instituciones especializadas en sexualidad como, MEXFAM, CELSAM, DIVERSITEL, ACERCATEL, CONDONERIA, CONASIDA, PLANIFICATEL, ETC., en donde los jóvenes pueden

asistir personalmente a dichas instituciones o comunicarse vía telefónica, así mismo se les agradecerá su participación en el taller.