



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD AJUSCO

INFORME DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL

**“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA SENSIBILIZAR A LAS(OS) ADOLESCENTES
SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE UN EMBARAZO NO PLANEADO Y PROMOVER SU
PREVENCIÓN”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

PRESENTA:
GALINDO CASTILLO CLAUDIA MARISOL

ASESOR:
MTRO. DAVID DÍAZ MERCADO

MÉXICO, D.F.

OCTUBRE DE 2012

Agradecimientos

A esta institución de enorme calidad, que fue mi casa durante este tiempo y me proporcionó todas las facilidades para crecer.

A mi asesor de tesis, el Mtro. David Díaz mercado por su entusiasmo y compromiso en todo momento, por sus conocimientos invaluable y su gran paciencia en la realización de este trabajo.

A los miembros del jurado, la Dra. María Clotilde Juárez Hernández, la Dra. Lilia Paz Rubio Rosas y el Profr. Raúl Cuevas Zamora, por las valiosas contribuciones que hicieron al trabajo final y por el tiempo que dedicaron para revisarlo, aún a pesar de sus múltiples actividades.

A los directivos, docentes y alumnos de la escuela secundaria que me permitieron y facilitaron trabajar en su valiosa institución.

A mis padres, por confiar en mis decisiones, por impulsarme día a día, y por el gran amor que me han dado.

A mis hermanas, por su apoyo y ayuda en los momentos que más lo necesite y más aún por compartir todos los momentos alegres y tristes de mi vida.

A Alejandro, por su gran cariño, su inagotable apoyo y confianza al creer en mí, por las veces que compartió sus conocimientos enriqueciéndome y por ser la fuerza que me inspira.

A mis amigos, que me inundan con su alegría compartiendo nuestros sentimientos y proyectos, viviendo grandes logros y tropiezos.

Y a cada uno de los maestros, que aportaron sucesos importantes en mi vida con todas sus enseñanzas, sugerencias y apoyo a lo largo de mi formación académica y personal estando en el momento más difícil de mi vida.

Con todo mi cariño,

Marisol.

Dedicatoria

Con respeto y gratitud permanente dedico mi tesis a:

Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado la familia que tengo para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

Mi madre.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

Mi padre.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

ÍNDICE GENERAL

LISTA DE CUADROS.....	6
RESUMEN.....	7
Introducción.....	8
Capítulo 1. Marco referencial	
1.1 Bases teóricas.....	11
1.1.1 La adolescencia, su sexualidad y el embarazo adolescente.....	11
1.1.1.1 El embarazo en la adolescencia.....	19
1.1.1.2 Consecuencias del embarazo.....	22
1.1.1.3 Características del comportamiento de adolescentes embarazadas.....	24
1.2.1. Métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual (ETS)	
1.2.1.1. Métodos anticonceptivos.....	26
1.2.1.2. Enfermedades de transmisión sexual.....	29
1.2.2. Fundamentación psicológica.....	34
1.2.2.1. Teoría psicosocial de Erik Erikson.....	34
1.2.2.2. Teoría de la actividad de estudio como base de la didáctica.....	38
Capítulo 2. Método	
2.1. Identificación de necesidades.....	41
2.2. Objetivo general.....	42
2.2.1. Objetivos específicos.....	42
2.3. Tipo de estudio.....	42
2.3.1. Diseño de intervención.....	42
2.3.2. Participantes.....	43
2.3.3. Escenario.....	43
2.3.4. Instrumentos.....	43
2.3.5. Procedimiento.....	44
Capítulo 3. Presentación y análisis de resultados.....	46
Conclusiones.....	64

Alcances y limitaciones.....	66
Sugerencias.....	67
Referencias bibliográficas.....	68
Anexos.....	70
Anexo 1. Entrevista a los directivos y docentes de la escuela secundaria.....	71
Anexo 2. Pre test. Cuestionario individual para adolescentes.....	73
Anexo 3. Pos test. Cuestionario individual para adolescentes.....	85
Anexo 4. Carta descriptiva.....	92
Anexo 5. Carteles: “Prevención de embarazo”.....	108
Anexo 6. Cuadro: Clasificación de los métodos anticonceptivos.....	110
Anexo 7. Tríptico sobre el condón y folleto de los métodos anticonceptivos...	111
Anexo 8. Cuadro: Enfermedades de transmisión sexual.....	113
Anexo 9. Cartel: “Sexo seguro”.....	115
Anexo 10. Dramatizaciones.....	116
Anexo 11. Mitos culturales.....	117
Anexo 12. Identificando riesgos.....	120
Anexo 13. “La importancia de mi cuerpo”.....	122
Anexo 14. “Esto le pasa a otros no a mí”.....	123
Anexo 15. Diagrama de flujo”.....	124

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Principales patógenos transmitidos sexualmente.....	31
Cuadro 2 y 3. Fecundidad e ideales reproductivos	
Cuadro 2. Pre test.....	46
Cuadro 3. Pos test.....	46
Cuadro 4. Conocimiento de los métodos anticonceptivos.....	47
Cuadro 5 y 6. Lo que conocen de los métodos anticonceptivos	
Cuadro 5. Pre test.....	49
Cuadro 6. Pos test.....	50
Cuadro 7 y 8. Percepción de los métodos anticonceptivos	
Cuadro 7. Pre test.....	52
Cuadro 8. Pos test.....	53
Cuadro 9. Conocimiento de los cambios fisiológicos sexuales.....	55
Cuadro 10. Información sobre menstruación y eyaculación.....	55
Cuadro 11. ¿Quién te ha platicado sobre la menstruación y eyaculación?.....	56
Cuadro 12 y 13. ¿Cuándo crees que sea más probable que una mujer se embarace si tiene relaciones sexuales?	
Cuadro 12. Pre test.....	57
Cuadro 13. Pos test.....	57
Cuadro 14. Relaciones sexuales.....	58
Cuadro 15 y 16. Signos y síntomas de las ETS	
Cuadro 15. Pre test.....	58
Cuadro 16. Pos test.....	59
Cuadro 17. Enfermedades de transmisión sexual.....	59
Cuadro 18 y 19. Padecimiento de las ETS	
Cuadro 18. Pre test.....	60
Cuadro 19. Pos test.....	60
Cuadro 20. SIDA.....	60
Cuadro 21 y 22. ¿Cómo se adquiere el SIDA?	
Cuadro 21. Pre test.....	61
Cuadro 22. Pos test.....	61
Cuadro 23 y 24. Medidas de prevención de las ETS	
Cuadro 23. Pre test.....	62
Cuadro 24. Pos test.....	62

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo: diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención con un diseño de corte cuasi-experimental, en el que se evalúa de forma inicial y final sobre los conocimientos que han adquirido dos grupos que cursan segundo grado de secundaria, encaminado a concientizar por medio del acompañamiento y orientación a los estudiantes sobre la salud sexual y educación reproductiva.

El resultado de la primera evaluación mostró variedad de intereses y concepciones en los alumnos, así como poco o nulo conocimiento en la materia, algunos de ellos son activos sexualmente y otros muestran poco interés sobre el tema. En consecuencia, la intervención consideró las características necesarias para construir y realizar las actividades que se llevaron a término a lo largo de trece sesiones con duración de una hora.

Los resultados estadísticos obtenidos de la intervención mostraron significativamente que la mitad de los participantes están más informados, con respecto a la evaluación final (pos test), mientras que, la otra mitad no logra un resultado estadístico significativo en la evaluación final.

En este sentido, se concluye que la mayoría de los alumnos adquirieron conocimientos, capacidades y actitudes con respecto de ejercer una sexualidad saludable, placentera y responsable pero es indispensable la construcción de un ambiente y un diálogo de respeto y trabajo cooperativo para motivar al alumno y lograr una participación activa durante el proceso de intervención; igualmente, favorecer la confianza del alumno para hablar o preguntar sobre el tema con el propósito de sensibilizarlo.

INTRODUCCIÓN

En general, los adolescentes en México, continúan enfrentándose a graves problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva, están poco informados y su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo los de planificación familiar, es limitado. Como resultado de ello, son el grupo de población más vulnerable ante las infecciones de transmisión sexual (ITS), así como a los embarazos no deseados (Stern, 2008).

Esta limitación de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva se debe, a que, a menudo la familia, la escuela y la comunidad no proporcionan información clara y específica sobre el comportamiento sexual y sus consecuencias a los adolescentes; la “educación sexual” que muchos de ellos reciben proviene de compañeros mal informados o sin los conocimientos necesarios.

Lo que nos lleva a analizar, por un lado, la valoración negativa del ejercicio de la sexualidad antes del matrimonio, en una sociedad donde se le da a la mujer la función, prácticamente exclusiva como esposa y madre, pero conforme dichas condiciones van cambiando, se amplían las opciones para las mujeres y se extiende el periodo entre la maduración sexual y la formación de la familia, durante el cual se requiere reforzar a los y las adolescentes para la prevención de embarazos no deseados.

Esta valoración negativa, obstaculiza el acceso a la información, la educación y la preparación para ejercer la sexualidad de una manera placentera y responsable, de modo que buena parte del problema radica en la manera como los adultos calificamos el fenómeno; en la forma como las instituciones sociales (la familia, la escuela, las instituciones religiosas, el sector salud, etc.) lo interpretan y lo manejan.

Por su parte, María Antonieta García, de la Fundación para el Maestro del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación, reconoce que los docentes no están preparados para dar este tipo de educación: “Los maestros necesitan mayor capacitación no sólo para tratar el tema sino para atender a las alumnas embarazadas” (Guía juvenil, 2008).

De igual manera, la escuela debe ir eliminando el hacer vivir a los alumnos esta dicotomía, pues tiene que ver con concepciones, experiencias, pero fundamentalmente con tabúes, mitos, prejuicios, que son irracionales, puesto que la sexualidad es algo natural, pero se le asocia con inmoralidad y reconocer que no sólo influye a partir de lo que se dice o hace, sino también de lo que no se dice o no se hace; donde los adolescentes aprenden de ocultamientos o insinuaciones.

Dado que, en efecto, nuestra sociedad está en un cambio cultural especialmente en las actitudes y criterios, tanto teóricos como prácticos, sobre la sexualidad; razón por la cual aparece la iniciativa de implementar una intervención psicopedagógica que ayude con acciones preventivas a dar opciones de respuesta a los adolescentes en el ámbito de la vida sexual, como la ocurrencia de embarazos durante la adolescencia, enfermedades de transmisión sexual; dentro de los cuales, la educación sexual y la información del uso de métodos anticonceptivos cumplen un rol importante.

La sexualidad es un componente indispensable para la salud de las personas, sin duda forma parte de una educación completa e integral; debe tenerse en cuenta que según como se viva y experimente la sexualidad, desde temprana edad, será determinante para el futuro, así mismo hay que favorecer una personalidad humana sexual y socialmente responsable, libre y espontánea.

Por tal motivo el objetivo primordial del presente trabajo es diseñar, aplicar y evaluar una intervención que permita sensibilizar a estudiantes sobre las causas y consecuencias de un embarazo en la adolescencia, en la vida personal, familiar y social, dándole la dimensión de la sexualidad que se integra por las relaciones entre lo cognitivo (informaciones y conceptualizaciones), lo afectivo (sentimientos, percepciones, vivencias), lo social (comunicación) y la actuación (normas, actitudes, convicciones).

La muestra fueron dos grupos de 31 alumnos cada uno, que oscilan entre los 13 y 15 años, del Municipio de Los Reyes La Paz, que se encuentran en situación de riesgo conforme a la valoración previa que se realizó.

Este trabajo está integrado por tres capítulos, en el primero, se aborda la adolescencia y la pubertad, sus definiciones y características de cada una de ellas; la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, diferenciando los conceptos sexo, sexualidad y salud sexual reproductiva, así como las características de esta última; y el tema de embarazo en la adolescencia, considerando su definición, sus factores de riesgo históricos y actuales; las consecuencias que no sólo implican a la chica adolescente, si no a su hijo, su pareja, los padres de ambos adolescentes y la sociedad de forma general; las características en el comportamiento y en la psicología de las adolescentes embarazadas; y un panorama general de la situación de embarazos en México.

El segundo capítulo, está enfocado a otro factor de riesgo de las relaciones sexuales no seguras, por parte de los adolescentes, las Enfermedades de Transmisión Sexual, mencionando su definición, sus características principales, algunos signos y síntomas para detectar si se tiene una enfermedad de transmisión sexual, también se

explican brevemente algunas medidas de prevención. En el siguiente apartado, indicamos una medida de prevención importante, el uso correcto de los métodos anticonceptivos, las características generales, y aspectos que se deben considerar para cada uno de ellos.

En el tercer capítulo, se señala el método que se siguió para la realización del programa de intervención, el diseño para la realización del estudio, la identificación de necesidades de la población, sus características, el instrumento adaptado a los alumnos, el lugar donde de realización y el análisis de los resultados obtenidos del diagnóstico y la evaluación final la intervención. Finalmente se encuentra el análisis de los alcances y limitaciones con las sugerencias respectivas.

Con el fin de aportar a la psicología educativa, el diseño de un programa de intervención que permita articular contenidos y actividades acordes a las características de la población y el problema del embarazo; abordando las consecuencias, las causas y los riesgos en sus orígenes.

Teniendo en cuenta que el papel del psicólogo educativo es diagnosticar e intervenir ayudando a forjar en los adolescentes su propia reflexión y escala de valores. Valores de autorrealización a través de comunicación, respeto, sentido de trascendencia, etc. E igualmente comprender y atender problemas educativos asociados a procesos de desarrollo, como lo es la sexualidad de forma plena; el aprendizaje y la socialización para mejorar la labor educativa de la escuela.

Puesto que, el diseño del programa no sólo cumple con funciones de diagnóstico y producción de conocimientos, si no que crea conciencia entre los individuos sobre sus circunstancias sociales y la necesidad de mejorar su calidad de vida; que favorece el proceso de orientación en la formación integral de los adolescentes.

También se trata de educar con aprendizajes que ofrezcan cambios de actitudes y valores, donde lo que se transmite promueve una asimilación que genera seguridad, propicia la autonomía, el juicio crítico, la convivencia enriquecedora, la capacidad de comprensión, y expresión en los alumnos. Siendo una función preventiva de los factores de riesgo en los que se encuentran los sujetos de estudio.

CAPÍTULO 1. MARCO REFERENCIAL

1.1. Bases teóricas

1.1.1. La adolescencia, su sexualidad y el embarazo adolescente.

La juventud es una etapa clave en la vida de las personas, porque en ellas se toman las decisiones que marcan el tránsito a la vida adulta. Constituye un periodo transitorio que se inicia al alcanzarse la madurez fisiológica y termina cuando se logra la madurez social, asociada, la primera, con el desarrollo de las funciones sexuales y reproductivas, y la segunda, con la emancipación familiar, la conclusión de la formación educativa, el inicio de la vida laboral y la formación de un propio hogar. (CEPAL, 2000).

Comúnmente se suele confundir la adolescencia con el término pubertad; pero en realidad son distintas, pero va una detrás de la otra.

La pubertad, desde la Biología y la Psicología, es el periodo de vida humana, entre la infancia y la juventud, durante el cual se desarrollan los caracteres sexuales primarios y secundarios, adquiriéndose la capacidad de procrear, y se debe a la intervención de glándulas como las gónadas, suprarrenales y la tiroides (Sánchez, 1995).

El término adolescencia, proviene del latín *adulescentia*, *adolesco*, que significa crecer hacia la madurez. Desde el punto de vista psicológico, es la etapa de transición de la niñez a la adultez, se inicia con los cambios corporales y puberales y finaliza con la entrada al mundo de los adultos (Sánchez, 1995).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS (Issler, 2001) los adolescentes son las personas que están en el grupo de edad de 10 a 19 años de edad, y los jóvenes comprenden las edades de 10 a 24 años. Se estima que hay 1,200 millones de adolescentes y 1,700 millones de jóvenes en el mundo. Por lo que Díaz (2003), considera que el término adolescente es interpretado de forma diferente en el contexto social por la diversidad que existe, dando como concepción general que la adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, comprendida entre los 10 y 19 años durante la cual se presenta la madurez sexual.

Berk (1999), menciona que la adolescencia es un periodo especialmente importante para el desarrollo de la sexualidad, debido a que con la llegada de la pubertad, los cambios hormonales, en particular, la producción de andrógenos en los adolescentes de ambos sexos, lleva a un incremento del impulso sexual. Los adolescentes se preocupan más sobre manejar la sexualidad en las relaciones sociales, y las nuevas capacidades cognitivas influyen en sus esfuerzos para hacerlo.

En este caso referimos a la adolescencia, como el periodo de ajuste psicosocial del individuo en un paso de niño a adulto y el término de pubertad para definir a los cambios correspondientes al crecimiento y maduración sexual que hace a la adolescencia un periodo de grandes oportunidades y grandes riesgos, en el contexto social y de salud, se considera como una etapa donde los individuos son altamente vulnerables.

Se sabe que muchos adultos, consideran ésta etapa como ser todavía un niño (a) y no desear que se crezca, cuando los adolescentes, quieren alcanzar con prisa el ser adultos. Pero los adultos también exigen comportamientos de seguridad y definición produciendo así el conflicto propio de la adolescencia.

Así la sexualidad adolescente está fuertemente influida por el contexto social en que la persona crece, pero dependerá del tipo de solución que se dé a las contradicciones que les causen conflicto.

Como se mencionó anteriormente la adolescencia comienza con una serie de cambios fisiológicos generales y una serie de cambios específicamente sexuales, estos cambios van a tener una gran implicación psicológica tremendamente importante.

“Desde el punto de vista psicológico, van a aparecer también nuevas necesidades y capacidades en el adolescente. La búsqueda de una identidad personal, es decir, el desarrollo de un sentimiento del propio yo como alguien diferenciado de los demás, y que mantiene un sentido de continuidad y coherencia a lo largo del tiempo y de las situaciones, sin duda, se convierte en la tarea más importante de la adolescencia” (López, 1996; p. 233).

Ariza, Cesari, Gabriel y Galan (1991), afirman que desde los cambios y desarrollo de los órganos sexuales, el adolescente vive su propia realidad y la del mundo desde otra perspectiva por ello se vuelve esquivo, más inclinado a mirar su propio interior, pero también es capaz de una afectividad más adulta; con sentimientos que los lleva a ciertas inestabilidades, como el miedo, curiosidad, sentirse extraño, deseo de cambiar cosas o situaciones, etc.

De igual manera presentan intereses y motivaciones en el ámbito de la sexualidad, considerando de los 11 a 13 años de edad, marcadas por la transformación corporal, y a causa de las presiones y relaciones variadas de tipo socio – familiar.

Según experiencias realizadas en la Escuela General Prim. Besós en Barcelona, 1986; citado por Ariza et. al. (1991), para ellas y ellos, las preocupaciones más frecuentes son:

- ¿Qué es el orgasmo de la mujer?
- ¿Qué es la impotencia?
- ¿A qué edad se pueden tener relaciones sexuales?
- ¿Es malo hacer el amor entre personas del mismo sexo?
- ¿Por qué los padres ven mal las relaciones de los hijos?
- ¿Por qué no explican los padres qué son las relaciones sexuales?
- ¿Desde qué edad se pueden tener hijos?
- ¿Cómo sabemos si una mujer está embarazada?
- ¿Cuántas veces se puede hacer el amor?
- ¿Es bueno tener pronto un hijo?
- ¿Por qué se levanta el pene?
- ¿Por qué la píldora es mala?
- El tamaño del pene, los testículos
- Las primeras erecciones y eyaculaciones nocturnas
- El acné y el crecimiento del vello
- El crecimiento de los senos
- ¿Qué puntos tiene el hombre y la mujer en cuanto a la excitación sexual?

En pocas palabras, lo que se plantean es ¿quién soy?, incluyendo la curiosidad sobre el propio cuerpo (su fuente de interés); conocer el del otro sexo; y experimentar, preguntar y compartir; siendo preciso darles respuestas, con confianza y libertad pues los propios compañeros (pares) pueden hacer poco, con escasa precisión.

Ahora bien, con respecto a cómo viven las curiosidades de su sexualidad, es aún más interesante, aquí experimentan la satisfacción de sus deseos, vive el placer en su propio cuerpo, y la expresión más común que experimentan es la masturbación, instinto que se dispara más en los hombres que en las mujeres, la cual será normal mientras sea por el efecto de la presión del instinto sexual, y no para otros fines, así mismo que no se prolongue a otras etapas (Ariza et. al., 1991).

Están llenos de sentimientos que le provocan deseo y miedo a la vez por el otro sexo, pero por otro lado, se siente único y original, presentan temor y autoafirmación.

Se da el enamoramiento, donde su yo, poco fortalecido, no es capaz de abrirse totalmente a otro totalmente y darse a él o ella, lo harán más adelante, cuando supere el temor a la otra persona y sea capaz de entrega.

Durante su desarrollo y crecimiento, entiende que entrará a formar parte del mundo como adulto, sus sentimientos de rivalidad, de huída, de rechazo, son provocados por su interés de ser y no ser como el adulto que ya conoce.

Por lo tanto, todos los cambios que se producen en el cuerpo del adolescente van a tener importantes repercusiones en su vida pues partir de estos momentos, el adolescente ha de reconsiderar la imagen de su nuevo cuerpo sexuado, y tiene que enfrentarse con las nuevas posibilidades y necesidades sexuales y afectivas que se le presentan.

Por lo que podemos considerar que la madurez sexual del adolescente no se corresponde con otras dimensiones de su persona: social, económico, afectivo y psicológico; pero según sus vivencias pueden condicionar el futuro de su personalidad, viviendo su sexualidad como problema o como un derecho.

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como lo social para los adolescentes. Por lo cual se deben diferenciar los siguientes conceptos:

Sexo y sexualidad: "Sexo gonadal, es el que resulta por la diferenciación de la gónada en que aparecen las características sexuales definitivas. Fenotípico o de asignación, es el que se le atribuye a un recién nacido de acuerdo con la configuración de sus órganos genitales externos. Social o de crianza, es el que señala las expectativas de la sociedad acerca de la función que desempeñará. Psicológico o de identidad, es el conjunto de características que en forma paulatina moldea la conducta de la persona hacia un comportamiento masculino o femenino" (Mondragón, 1999; p. 9).

La sexualidad, por su parte, equivale a una parte normal del desarrollo del adolescente, es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: la genital o biológica, que se expresa en los aspectos fisiológicos; el área erótica, relacionada con la búsqueda de placer; y la moral, expresada en la estructura social fijada en los valores aceptados (López, 1996).

Dejando en claro que el sexo se refiere únicamente a las diferencias anatómicas y fisiológicas que existen entre los hombres y mujeres; esta diferencia la producen los cromosomas heredados de los progenitores no tiene que ver con tener relaciones coitales. Y la sexualidad, en cambio, es el conjunto de atributos físicos, funcionales y psicológicos que le otorgan al individuo su identidad sexual y que norman su conducta sexual.

Por tanto, hablar de sexualidad no es equivalente a coito y reproducción, no significa descarga del impulso sexual, tampoco se refiere al impulso sexual aislado, ni únicamente a la expresión de la masculinidad o femineidad. Sexualidad es la expresión integral del ser humano en función de su sexo vinculado a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Sexualidad y reproducción se encuentran unidos a las condiciones culturales que determinan los roles que han de jugar los hombres y mujeres, en otras palabras, sexualidad es la manera en cómo piensan, sienten y actúan hombres y mujeres en función de los patrones culturales de la sociedad en la cual pertenecen; sin embargo, estos límites no están definidos y ambas situaciones se corresponden.

Ahora bien, por un lado, es cierto que él o la adolescente puede pensar de manera abstracta, el contenido de sus pensamientos está combinado por su experiencia infantil, la familia ha estado al pendiente de guiar y dirigir su conducta, por tal motivo no ha tenido la oportunidad de experimentar por sí mismo la consecuencia de sus actos.

Provocando que los adolescentes observen la vida de manera “fantasiosa y omnipotente”, se sienten capaces de transformar el mundo, pero aún no tienen la experiencia y conocimientos necesarios para evaluar las consecuencias de sus acciones, además no aceptan consejos porque consideran que son poseedores de la nueva realidad.

La omnipotencia de pensamiento los lleva a pensar “a mí nunca me va a pasar eso”, conductas que le sirven de autoafirmación, que sin embargo representan importantes riesgos para su integridad personal, entre ellas están el tener relaciones sexuales sin protección que ocasionan embarazos no planeados o contagios de enfermedades de transmisión sexual.

Los sueños y las fantasías ocupan un lugar importante para los adolescentes, porque constituyen un elemento de expresión de la sexualidad, y que en muchas ocasiones sigue siendo un motivo de riesgo cuando se actúan en la realidad puesto que muchos (as) se involucran en relaciones que al tiempo les producen malestares psicológicos y físicos.

En sus fantasías las adolescentes sueñan con “su príncipe azul” y los adolescentes con “su princesa encantada”. En su anhelo por ser amados y reconocidos, los o las adolescentes pueden ignorar los “defectos” de su pareja y destacar las cualidades que ellos consideran, perdiendo la razón de la realidad. Muchas de las jovencitas creen correcto el tener relaciones sexuales, bajo la constante presión, de su pareja después de que les “bajaron el cielo y las estrellas”, pero son abandonadas posteriormente. En ocasiones quedan embarazadas y confrontan súbitamente su realidad.

Por otro lado, actualmente en la salud sexual se encuentra un factor que afecta a los adolescentes, es el factor biológico, donde la pubertad se produce a edades más tempranas; según Rodríguez (2008), científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquía, ésta se sitúa como promedio a

los 12 años, lo que lleva a una parcial madurez fisiológica, ésta condición se asocia con relaciones sexuales más tempranas, con casi un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores.

Los adolescentes adquieren su “madurez sexual” aproximadamente cuatro o cinco años antes de alcanzar su “madurez emocional”, según Rodríguez (2008), además de los factores biológicos, los adolescentes son más vulnerables a infecciones de transmisión sexual, al virus de inmunodeficiencia humana y/o al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ITS/VIH/SIDA), debido a su desarrollo cognitivo y emocional, en el que se hace más difícil tanto el análisis como la toma de decisiones.

Como consecuencia de los dos aspectos anteriores (sus procesos cognitivos y la madurez sexual y emocional), los jóvenes tienden a ser más susceptibles a las opiniones de los pares, lo que puede afectar su capacidad de negociar las relaciones sexuales y el uso de medidas de protección.

De acuerdo al Centro para Programas de Comunicación de la Universidad de Johns Hopkins, existe una relación entre la madurez cognitiva y la actividad sexual, de forma que aquellos que poseen mayor nivel de madurez cognitiva tienden a ser sexualmente menos activos (Guía juvenil, 2008).

En la experiencia diaria puede observarse que hay adolescentes que pueden ser perfectamente conscientes de los riesgos y conocen las consecuencias de ser activos sexualmente, así como otros que desconocen por completo.

Es así como este sector de la población necesita servicios de consejería en Salud Sexual Reproductiva para que puedan aclarar las preguntas sobre las formas de evitar un embarazo no deseado, y de cómo disminuir los riesgos de adquirir una Enfermedad de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

La Salud Sexual Reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (Juárez y Gayet, 2005).

Este término implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de un individuo, como su autoestima, su bienestar emocional y mental, además de la cultura y el ambiente donde vive. Se apoya en el autocontrol para decidir cuándo se comienza la actividad sexual, el control sobre la elección que haga la pareja sexual, y sobre la frecuencia de la actividad sexual (Juárez y Gayet, 2005).

La salud sexual incluye el derecho a postergar y/o rechazar relaciones sexuales, particularmente si éstas pueden conducir a consecuencias negativas como un embarazo no deseado o una infección.

Es necesario retomar las consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes; teniendo en cuenta que el comportamiento sexual humano es variable y dependiente de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescente.

Considerando que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, y que ocurre en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, donde (Issler, 2001) retoma las siguientes consideraciones:

- a) Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente.
- b) Estratos más bajos: existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, naturalmente es más común que tengan a su hijo.

Por lo tanto el embarazo en la adolescencia sigue siendo considerado un problema en todos los países del mundo, con marcada importancia en países subdesarrollados y en vías de desarrollo. Es así como en América Latina un 15 a un 25 por ciento de los recién nacidos vivos son hijos de una madre menor de 20 años (Díaz, 2004).

En México se registran altos porcentajes de embarazos en adolescentes donde el número de hijos nacidos vivos por cada mil mujeres, de 15 a 19 años, es de más de 54; de acuerdo al censo de población y vivienda 2010 (INEGI), también según la encuesta “Gente Joven” de 2002, para este año el 25.5% de las mujeres de 15 años han estado embarazadas alguna vez, respecto de 1999 que eran 21.7% (Stern, 2008).

Aunado a los embarazos en adolescentes se puede analizar de igual forma como ha sido actualmente su comportamiento sexual y reproductivo donde uno de ellos es el inicio de la actividad sexual que pudiera producir un embarazo no deseado, calificando a esta actividad como un problema social y de salud pública.

Con base en la encuesta “Gente Joven”, hay un *“incremento en la actividad sexual de los adolescentes: en 1999, 15.8 por ciento de los entrevistados de 13 a 19 años había tenido relaciones sexuales; en 2002, este porcentaje aumenta a 20.7, es decir, uno de cada cinco”* (Stern, 2008; p. 116), tanto en hombres como en mujeres.

Otro elemento de análisis, es la planeación o planificación familiar, es decir, el conocimiento de uso de métodos anticonceptivos; los adolescentes han oído hablar de ellos, de un 70 a un 90 por ciento con respecto de los métodos hormonales, de barrera y los definitivos, pero sólo de un 40 a 50 por ciento, conocen los naturales.

De 1999 al 2002 hubo un ligero aumento en el uso de los métodos al inicio de la vida sexual, donde 3.8 por ciento son mujeres y 2.8 varones. Así la utilización del preservativo en la primera relación sexual, especialmente en mujeres, fue de 86.1 por ciento; aproximadamente nueve de cada diez adolescentes. Podemos decir, entonces, que en la actualidad, el condón es el método anticonceptivo más utilizado en la primera relación sexual, considerándolo positivo porque los protege de un embarazo y de una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

En los adolescentes, debido a su etapa psicosocial de desarrollo, parece ser común la percepción del sentido de omnipotencia o invulnerabilidad frente a los riesgos, a pesar de conocer cercanamente casos de embarazos no deseados o de la transmisión de ETS, piensa que no los va a experimentar en su persona.

El Consejo Nacional de Población CONAPO, citado por Stern, (2008) en el año 2000 indica datos que en el periodo de 1993 y 1998, la incidencia de las ETS más comunes, sífilis adquirida, herpes genital, gonorrea y candidiasis; en la población adolescente y joven de 15 a 24 años, alcanzo niveles altos en la totalidad de la población. Y en el caso del VIH/Sida alcanzó hasta 79.1 por ciento de la población de 15 a 49 años de edad.

Con respecto al conocimiento que tienen los adolescentes de las enfermedades de transmisión sexual, Stern (2008), retoma a varios autores y concluye que se han detectado deficiencias en tres aspectos generales: a) formas de transmisión del VIH en la vida cotidiana; b) formas de uso correcto del condón como medida preventiva; y c) poca claridad en la diferencia conceptual entre el VIH y el sida y su efecto sobre la apreciación de la apariencia de las personas con el VIH como enfermas o sanas.

También valoró diversos estudios cuantitativos y cualitativos, los cuales reiteran que la percepción del riesgo relacionada con la infección de ETS tiene una relación con estigmas culturales y estereotipos morales, una de las ideas que se tiene es que hay una pérdida de valores, y que es un castigo natural y divino a los comportamientos desviados de la normatividad social; otra es que existe riesgo solo en grupos inmorales como homosexuales siendo que, tiene que ver finalmente con el uso de medidas preventivas en función de la relación de cercanía con la pareja sexual.

Los datos obtenidos de las encuestas sobre el comportamiento sexual y reproductivo en las y los adolescentes muestran que tienden a iniciar las relaciones sexo genitales a más temprana edad y en la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad y la paternidad y el uso correcto y sistemático de los métodos anticonceptivos modernos, y estas

situaciones exponen a las y los adolescentes no solo a los embarazos y las enfermedades de transmisión sexual sino a un aborto provocado.

A lo cual, según especialistas, el problema seguirá si no se atiende la insuficiente educación sexual, la falta de disponibilidad de métodos anticonceptivos, el que haya maestros poco preparados y gobiernos locales que obstaculizan políticas públicas en la materia. Los expertos ponen especial énfasis en la resistencia social y política para atender el problema y advierten la posibilidad de un grave retroceso al respecto.

1.1.1.1. El embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años aproximadamente), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres. Independientemente de ser deseado o no, el embarazo en las adolescentes puede poner en riesgo su vida; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años de edad (Issler, 2001).

Los factores de riesgo de las jóvenes de quedar embarazadas existen en todas las clases sociales, pero tiene más probabilidades de ser madre una niña de bajo estrato social que una con mejor situación económica y padres profesionales, por lo que se considera uno de los riesgos asociados a la sexualidad de los adolescentes.

Factores de riesgo para un embarazo

Es importante que reflexionemos sobre los factores de riesgo que están asociados con los embarazos, aún sabiendo que no existe una relación causa-efecto entre los factores y ocurrencias de embarazo, sólo se sabe que las personas que reúnen cada uno de los factores de riesgo han quedado embarazadas o mantienen relaciones coitales sin anticoncepción eficaz, en su mayoría (López, 1996).

Ciertos acontecimientos ocurridos durante la infancia aumentan el riesgo de embarazo durante la adolescencia, como:

- Ser hija de madre soltera
- Haber sido víctima de abusos sexuales o malos tratos
- Haber tenido un ambiente familiar problemático o poco afectuoso

Durante la adolescencia se pueden presentar:

Factores sociales

- Tener un bajo nivel socioeconómico
- Realizar trabajos no cualificados o trabajar solamente en casa
- No ser estudiante

- Tener bajo nivel de estudios
- Disponer de poco apoyo social

Factores familiares

- Tener una familia disfuncional que proporcione poco apoyo emocional a los hijos
- Tener una familia que no ofrezca confianza para hablar de sexualidad y anticoncepción

Características de la relación afectiva y sexual

- Que el chico ejerza presión sobre la chica para mantener relaciones coitales
- Que no se hable sobre anticoncepción
- Que la pareja no sea estable
- Que las relaciones sexuales sean esporádicas (cuanto más infrecuentes son las relaciones es más probable que no utilicen ningún método anticonceptivo o que se utilicen métodos poco eficaces).

Influencia del grupo de iguales

Es una de las principales fuentes de apoyo y de aprendizaje y dispone de un gran poder para regular las opiniones, sentimientos y conductas de sus miembros. Los aspectos que pueden influir son:

- Presión del grupo: el grupo suele presionar a sus miembros para mantener relaciones sexuales, pero no para planificarse. Los que dicen no al sexo suelen recibir poco apoyo.
- Fuente de información errónea: el grupo es fuente de información, pero mucha de la referida a la sexualidad es errónea.

Peculiaridades del pensamiento de la adolescencia

Los adolescentes, por un lado, tienen a asumir más riesgos que los adultos, a fijarse metas a corto plazo, a conceder mucha más importancia a las consecuencias inmediatas que a las futuras y a tener dificultades para conectar su comportamiento actual con las dificultades futuras.

Por otro lado, a pesar de que muchos de ellos adquieren la capacidad de razonar de un modo abstracto o formal, es frecuente que realicen razonamientos bastante ilógicos sobre algunos aspectos de la vida.

Falta de conocimientos y habilidades

- Falta de conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción: para tomar conciencia de las posibilidades y responsabilidades que conlleva la sexualidad. Sin ellos es difícil una sexualidad sana y responsable.
- Creencias erróneas: aumenta las posibilidades de comportarse de un modo peligroso.

- Falta de habilidades sociales, de comunicación y de resolución de problemas: son imprescindibles estas habilidades, para resistir a las presiones de los medios de comunicación, de los iguales y de la pareja para mantener relaciones sexuales en contra de los propios deseos, o para plantear en común la propia relación afectiva y, en su caso, sexual, que ésta sean los deseos y expectativas de ambos y, si deciden tener relaciones coitales se trate en común el tema de la anticoncepción.

Factores de personalidad

- No reconocer la posibilidad de ser sexualmente activos/os: los que no se reconocen sexualmente activos piensan que lo bueno es que el sexo, incluyendo el coito, ocurra espontáneamente.
- No respetar las normas sociales: los adolescentes que respetan menos las normas sociales tienen mayores posibilidades de iniciar más tempranamente una relación sexual, con sus riesgos.
- Visión negativa y/o errónea de la sexualidad y la anticoncepción: igualmente con una concepción tradicional de los roles sexuales parecen estar asociados con el riesgo de embarazo no deseado. Influyendo también el hecho de que los adolescentes perciben más costes que beneficios en el uso de anticonceptivos, y en los varones piensan que la responsabilidad de la planificación corresponde a las mujeres.
- Falta de autoestima: puede conllevar implicarse en el sexo para sentirse queridos.
- Falta de autoconfianza: no saber decir “no” al sexo.
- Lugar o agente de control externo: favorece en los adolescentes el sentimiento de no ser dueños de su propio comportamiento sexual.

Factores relacionados con la visión del embarazo y de maternidad-paternidad

- La ambivalencia hacia la maternidad.
- La falta de conocimiento y reconocimiento de las posibilidades que conlleva ser padres.
- Baja susceptibilidad percibida al embarazo: pensar que ha ellos no les pasará.

Factores situacionales

- El consumo de alcohol y de otras drogas: relajan las inhibiciones y aumentan la capacidad para asumir riesgos y restar importancia a las consecuencias de los propios actos.
- Tener estas relaciones en lugares inadecuados: por miedo a ser descubiertos, prisa, etc.

Por todos los factores ya mencionados, se considera que la propia dinámica y naturaleza de la relación sexual hace que, cuanto mayor vaya siendo el nivel de

excitación, menor importancia se conceda a las posibles consecuencias y mayores sean los riesgos que se están dispuestos a asumir.

1.1.1.2. Consecuencias del embarazo

Las consecuencias de un embarazo no deseado implican no sólo a la chica adolescente y a su posible hijo, sino también a su pareja, a los padres de ambos. Algunas tienen efecto sólo a corto plazo, pero otras pueden afectar a largo plazo, incluso de por vida. Existen consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, y se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

Consecuencias para la adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección.

También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes ante la confirmación del embarazo, generalmente, se encuentran bajo una situación de incertidumbre, por el desconocimiento de las alternativas existentes, anticipaciones a las posibles consecuencias, dudas sobre qué va a hacer, con quién hablará de ello, que reacción tendrá su pareja, y cómo va a decírselo a sus padres, etc. Lo que puede manifestar ciertas consecuencias como pérdida de apetito, dificultades para dormir y para concentrarse en los estudios.

En el caso de que se decida tener el hijo o hija, durante su embarazo, son más probables las complicaciones durante la gestión, anemias, alteraciones de peso, abortos espontáneos; el parto y el posparto, partos operatorios o cesáreas, infecciones uterinas, etc.

También ha de enfrentar una lista de demandas para las que no tiene respuestas y una multitud de presiones contradictorias. Explicando tal vez la mayor incidencia de estrés, depresión, suicidios, baja autoestima, entre otros.

La sociedad por su parte, aunque va siendo más tolerante con las relaciones prematrimoniales, castiga los nacimientos fuera del matrimonio. Y el abandono escolar es mucho más frecuente, más aún si los padres y sociedad no prestan o no están en

condiciones de prestar el apoyo necesario, son muy posibles la inseguridad social y económica.

En el caso de que se decida realizarse un aborto, suelen ser tardíos, clandestinos y vividos en soledad, por lo que son más frecuentes, a nivel orgánico, perforaciones uterinas, hemorragias, infecciones e incluso la propia muerte y, a nivel psicológico, sentimiento de tristeza, de pérdida y de culpabilidad. Desde el punto de vista social, puede darse rechazo hacia la chica en el caso de que el hecho llegue a ser conocido.

Si consideramos los efectos a medio y largo plazo, probablemente exista menor rendimiento escolar o que fracasen en sus estudios, lo que disminuye sus posibilidades de conseguir un trabajo digno e ingresos suficientes, y en algunos casos se pasa a depender de la asistencia social. La emancipación respecto a los padres se hace más difícil.

Muchos de los matrimonios entre adolescentes, fracasan, por el escaso conocimiento mutuo, falta de habilidad para resolver conflictos, problemas económicos, etc.

Por todo ello, no es extraño que se hayan encontrado en estas adolescentes bajos niveles de autoestima y sentimiento de fracaso.

Consecuencias para el hijo de la madre adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de “muerte súbita”. Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de “extramatrimoniales” o porque sus padres no tienen trabajo que cuente con ellos.

Durante su infancia es menos probable, que lleguen a establecer vínculos de apego seguros y muy probablemente sufran abusos sexuales, negligencias y malos tratos.

Durante su adolescencia, presenten probablemente, comportamientos antisociales y que tengan problemas con la ley. Su primera experiencia coital puede ser a una edad temprana, y las adolescentes pueden repetir el ciclo del embarazo no deseado.

Consecuencias para el adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la manutención de su familia. También es común que tenga peores trabajos y de menor remuneración que sus

padres, sometidos a un estrés inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

Consecuencias para los padres de ambos adolescentes

Puede suceder que se sientan estigmatizados y únicos, y descarguen su frustración sobre su hija. Los padres de ambos adolescentes al mismo tiempo siguen considerándolos como hijos a los que hay que cuidar y proteger, y más aún cuando han demostrado “no ser suficientemente maduros”, por lo que muchas veces cambian los roles familiares, el hijo de los padres adolescentes se convierte en su hermano, e hijo de sus abuelos. Es normal, por lo tanto, que los padres desautoricen continuamente a los adolescentes en la educación de su hijo o hija.

1.1.1.3. Características del comportamiento de adolescentes embarazadas.

Es una adolescente, que apenas sale de la infancia, niña aún en muchas de sus formas de comportarse, pero embarazada, se ve lanzada brutalmente al mundo de los adultos, sin haberlo querido, sin haber estado preparada para ello, sin comprender a veces qué es lo que está sucediendo. Y como circunstancia agravante, esta ocupación prematura, en una función social, por esta vía, es por la mayoría de los adultos reprobada.

La adolescente que espera un bebé tiene las contradicciones de la adolescencia, como la de poder “dar a luz” y tener que educar tempranamente a un niño, cuando no se tiene aún el reconocimiento de la capacidad para ejercer una función social; satisfacer la necesidad de dependencia que experimenta el niño concebido, sin haber adquirido la propia independencia; la de tener que ser adulta siendo todavía una niña, la de ser adolescente simplemente pero en una situación bastante más difícil que la de la mayoría de las adolescentes; la de ser madre antes de ser mujer (Pierre, 1979).

Finalmente, en referencia con la información y conceptos presentados se afirma que la adolescencia es el periodo en el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual. El desarrollo físico, llamado pubertad, se presenta independientemente de que él o la adolescente lo deseen o no, en cambio, el desarrollo psicosocial se dará en un contexto social y personal.

Las modificaciones sexuales se inician alrededor de los 10 a 12 años y la culminación del crecimiento es aproximadamente a los 20 años de edad, de ahí que la adolescencia es considerada por la OMS como el periodo de la vida que abarca de los 10 a los 19 años.

Por lo que se retoma la concepción de Berk (1999), el cual explica que los cambios hormonales en la pubertad, lleva a un incremento del impulso sexual. Y como adolescentes van experimentando el manejo de la sexualidad en sus relaciones sociales, influidos por sus capacidades cognitivas.

Donde la sexualidad, de acuerdo a López (1996), se expresa en lo genital o biológico, el área erótica y la moral, otorgándole al individuo su identidad sexual y que norman su conducta sexual.

Concretando que los adolescentes expresan su sexualidad en la forma en cómo piensan, sienten y actúan hombres y mujeres en función de los patrones culturales a los que pertenecen; es la expresión integral del ser humano en función de su sexo vinculado a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Pero, si bien es cierto que la y él adolescente puede pensar de manera abstracta, el contenido de sus pensamientos ésta matizado por su experiencia infantil el periodo previo de dependencia que ha vivido sigue dominando su vida, no ha tenido la oportunidad de experimentar por sí mismo la consecuencia de sus actos y la familia ha estado al pendiente de guiar y dirigir su conducta.

La capacidad de abstracción aunada a los contenidos infantiles, provoca que los adolescentes observen la vida de manera fantasiosa y omnipotente; se sienten capaces de transformar al mundo, pero aún no tienen la experiencia y conocimientos necesarios para evaluar la consecuencia de sus acciones, además no aceptan consejos porque consideran que son poseedores de la nueva realidad.

La omnipotencia de pensamiento los lleva a pensar “a mí nunca me va a pasar eso”, el resultado de ello es una serie de conductas temerarias que le sirven de autoafirmación, que sin embargo pueden representar importantes riesgos para su integridad personal, entre ellas el tener relaciones sexuales sin protección que ocasionan embarazos no planeados o contagios de enfermedades de transmisión sexual.

También se debe considerar que este ejercicio de su sexualidad es prejuiciado lo que genera riesgos para la salud por ignorancia y desigualdad; pero a pesar de la censura, la represión y la ignorancia no se ha podido contener la expresión sexual de los y las jóvenes, y continuamente se ven involucrados en relaciones que amenazan su estabilidad biosicosocial, en esta situación, inician su vida sexual sin la menor protección anticonceptiva.

Es por ello que se hace la relación entre sexualidad y reproducción, pues la manera en que ejercen la primera, influenciados por su contexto y nivel de cognición, podría tener consecuencias de riesgo para su salud y desarrollo integral, una de ellas puede ser una reproducción a temprana edad.

Entonces el embarazo en la adolescencia es considerado de alto riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los y las adolescentes.

Por esa razón, el ejercicio de la sexualidad requiere que se asuma como un derecho, pero un derecho que se ejerce de manera informada con responsabilidad y en condiciones de autonomía y equidad; sin dominio, violencia o imposición.

1.1.2. Métodos anticonceptivos y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

Es de suma importancia decir que, las relaciones sexuales sin protección son un causal de embarazos durante la adolescencia, igualmente se tienen que analizar otros aspectos relacionados como lo son: el uso de anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual y establecer su relación.

1.1.2.1. Métodos Anticonceptivos

Puesto que el tema de la anticoncepción, contraceptivos y preventivos para evitar la natalidad, es tabú en muchos medios familiares, sociales e incluso médico; todo ello crea un ambiente disperso y farsante; se define a los métodos anticonceptivos como: objetos, sustancias y procedimientos para evitar un embarazo, de modo que impida el óvulo se encuentre con el espermatozoide y se lleve a cabo la fecundación.

Todos los métodos anticonceptivos conocidos hasta la fecha se basan en:

- Evitar que los espermatozoides contenidos en el semen masculino penetren en la matriz.
- Destruir los espermatozoides mediante el uso de productos químicos, cuando el semen se disemine en la vagina, impidiendo así que fecunden el óvulo los que pudieran entrar.
- Calcular que en el momento de la eyaculación del hombre no exista en los conductos de la mujer ningún óvulo maduro que pueda ser fecundado, ni pueda encontrarse allí durante el tiempo de vida (48 horas) de los espermatozoides.
- Impedir la nidación del óvulo en la matriz, si éste ha sido fecundado, mediante los cambios bioquímicos producidos por la presencia de un cuerpo extraño en la misma.
- Evitar que el óvulo pueda ser fecundado alejando el proceso desde su origen; es decir, impidiendo que se produzca la ovulación.

Entre los métodos anticonceptivos más utilizados y/o recomendados se encuentran los siguientes: abstinencia, parches, píldoras anticonceptivas, condones, diafragma, pastilla de emergencia, dispositivo intrauterino (DIU), método del ritmo o calendario, espermicida, coito interrumpido, entre otros. Algunos métodos son más eficaces que otros, pero la manera más eficaz de evitar un embarazo o una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), es no tener relaciones sexuales (abstinencia).

Clasificación

Métodos anticonceptivos temporales

A) Hormonales. Impiden o inhiben la ovulación de la menstruación. Dentro de los cuales encontramos las píldoras, inyecciones, parches, pastillas anticonceptivas de emergencia e implante subdérmico.

B) Barrera. Impiden la entrada del espermatozoide o semen a la vagina evitando la fecundación del óvulo. Son el Dispositivo Intrauterino DIU, el preservativo femenino y masculino, el diafragma y los espermicidas (espumas, geles u óvulos vaginales).

C) Naturales. Se basan en el ciclo ovárico y en la vida del óvulo y el espermatozoide. Cuyo objetivo es restringir la actividad sexual durante el periodo fértil de la mujer. Estos son: ritmo (abstinencia periódica), moco cervical (Billings), temperatura basal y coito interrumpido.

Métodos anticonceptivos definitivos o irreversibles

Vasectomía. Consiste en cortar los conductos deferentes en los hombres para impedir que haya espermatozoides en el semen que puedan embarazar a la mujer.

Salpingoclasia. Consiste en cortar o bloquear las trompas uterinas en las mujeres para prevenir que el óvulo y el espermatozoide se unan.

¿Por qué es importante la utilización de los métodos anticonceptivos?

El conocimiento sobre los métodos anticonceptivos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada; contribuyendo a ejercer los derechos sexuales y reproductivos de las personas de manera saludable.

Ahora bien, en diversos estudios sobre el comportamiento sexual de los y las adolescentes se señala que inician prácticas sexuales sin ninguna protección anticonceptiva, exponiéndose, entre otras situaciones, a embarazos no deseados con todas sus consecuencias.

Es necesario recalcar que pocos adolescentes emplean un método anticonceptivo de manera sistemática, esto ha sido motivo de preocupación para tratar de entender cuál es la visión que tienen los jóvenes acerca de la anticoncepción, sus

beneficios y sus características (Secretaría de Salud, 2002); de ahí la importancia de hacer un exploración del tema de anticoncepción como un recurso preventivo.

Eficacia y consideraciones para elegir los métodos anticonceptivos.

Ningún método anticonceptivo es perfecto. Las parejas sexualmente activas, y en especial las mujeres, deben tener en cuenta las ventajas contra las desventajas de cada método logrando un equilibrio y decidir el más eficaz y que además sean capaces de utilizar con éxito.

La eficacia de un método anticonceptivo se formula teóricamente, es decir, el uso perfecto, pero que puede fallar; y la eficacia real referida al uso común, inconsistente o incorrecto de los diversos métodos (Franco, 2009). Haciendo hincapié a que el método es para la pareja, aun que lo use uno solo, ambos deben comprometerse en su elección y utilización, porque no se respetan las indicaciones que los hacen efectivos.

Es importante elegir un método anticonceptivo sobre la base de:

- ¿Qué tan bien funciona?
- ¿Qué tan fácil resulta utilizar ese método anticonceptivo en particular?
- ¿Cuánto cuesta el método anticonceptivo?
- La salud personal y de la pareja o el hecho de que esté tomando otros medicamentos, pueden hacer necesario utilizar o evitar un determinado método anticonceptivo.

Franco (2009), enlista cuatro características que debe tener el método ideal, las cuales son: 1) La efectividad debería ser del 100%, pero varía en los distintos métodos. 2) Debe ser inocuo, es decir, no producir trastornos físicos o controlarse los efectos dañinos de su uso. 3) La reversibilidad, por tanto, la esterilización se excluye. Y, 4) debe ser aceptable para la cultura, valores morales o religiosos o simplemente no interferir en el transcurso del coito.

Recordando así que no hay un método cien por ciento seguro, puesto que cada uno de ellos posee ventajas y desventajas, por eso se deben tomar en cuenta las consideraciones médicas pertinentes.

Ahora bien, durante el proceso de selección de algún método anticonceptivo para adolescentes es importante identificar no solo sus necesidades orgánicas, sino también las emocionales, económicas, educativas y sus valores.

Por un lado, las parejas adolescentes que tienen relaciones sexuales deben utilizar algún método, que únicamente será eficaz si se utiliza de manera correcta; por ejemplo, la píldora anticonceptiva puede ser muy eficaz para evitar un embarazo, pero, si la adolescente olvida tomarla, entonces, no se trata de un método eficaz para ella.

Los condones también suelen ser eficaces para evitar embarazos pero si el adolescente, no lo usa, o no lo utiliza correctamente, no es funcional.

Por otro lado, no todos los métodos son los adecuados para los adolescentes, lo que se debe considerar la opinión de un especialista, debido a que cada cuerpo es diferente por lo tanto la reacción no será la misma, también pueden provocar reacciones secundarias de gravedad, es decir, las adolescentes que utilicen el método del ritmo seguramente tendrán más posibilidades de quedar embarazadas que las mujeres adultas, porque sus cuerpos aún no han establecido un ciclo menstrual regular o porque el método del ritmo les resulta difícil de utilizar.

Lo anterior, destaca la imperiosa necesidad de reforzar la educación sexual, no sólo proporcionando información acerca de la fisiología, sino además es necesario identificar y satisfacer las necesidades individuales, las dudas, inquietudes, expectativas, etc. Es necesario revisar junto con los adolescentes las ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones, poniendo énfasis en la forma correcta de uso, como en el caso del condón; así como en la necesidad de acudir a consulta para la prescripción de aquellos productos hormonales que requieren control y seguimiento.

1.1.2.2. Enfermedades de Transmisión Sexual ETS

Las ETS han afectado a los seres humanos a lo largo de la historia; por ejemplo:

“... en las mujeres, la “píldora” como anticonceptivo oral es un factor causal de las ETS, ya que tiende a aumentar el nivel de la humedad de la vagina y la hace más alcalina, lo que fomenta el crecimiento rápido de bacterias gonorreicas. Algunas mujeres, debido al ciclo menstrual, tienen una baja de defensas a causa de los súbitos cambios hormonales y esto las hace susceptibles a contraer alguna ETS” (Pérez, 1994; p. 495).

Pérez (1994), afirma que las enfermedades de transmisión sexual se adquieren fundamentalmente por contacto sexual; son tan comunes como el paludismo causando más de 200 millones de infecciones nuevas por año, la importancia y la necesidad de controlarlas están no solo en las infecciones agudas que causan, si no a su vez, en sus complicaciones y secuelas que las caracterizan (como la enfermedad pélvica inflamatoria, el embarazo ectópico o la infertilidad), y en el papel que juegan en la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Así como, las ETS pueden dejar como consecuencia la infertilidad y complicaciones en la capacidad reproductiva de las personas; algunas infecciones

pueden ser transmitidas de la madre al hijo durante el embarazo o al momento del parto.

Así se define que las enfermedades de transmisión sexual son padecimientos o enfermedades infecciosos que se transmiten principalmente por contacto sexual desprotegido.

Font (1990), considera que estas enfermedades venéreas se dan en el intercambio sexual que contempla el contacto genital – genital, oral – genital, oral - anal y ano – genital; este tipo de enfermedades están producidas por microorganismos que:

- Tienen especial afinidad por los órganos genitales del hombre y la mujer.
- No crean inmunidad, es decir, el hecho de haberla padecido, no significa que no se pueda contagiar de nuevo.
- No presenta incompatibilidad, es decir, pueden padecerse una o varias a la vez.
- Si se diagnostican y tratan a tiempo casi todas las ETS son curables.
- No se curan solas.
- Una ETS siempre debe contemplar el tratamiento de por lo menos dos personas.

Algunos signos y síntomas que pueden ponernos sobre aviso de sospecha de alguna ETS son:

- Picores genitales
- Aumento de la secreción vaginal, o uretral, puede presentarse de diferente color y olor.
- Sensación de irritación, escozor o picor en la vulva, vagina, uretra o glande en el varón.
- Cambio en el olor genital
- Aparición de pequeñas verrugas, heridas o ampollas en los genitales, zona anal, lengua y garganta.
- Hemorragias que no tengan relación con la regla.
- Dolor durante el coito o al orinar
- Dolor en la región pélvica (área entre el ombligo y los genitales)
- Dolor de garganta en las personas que tienen sexo oral, y en el ano por sexo anal
- Glándulas hinchadas, fiebre y dolores de cuerpo
- Micción frecuente

Hasta el momento se conocen más de 20 microorganismos transmisibles por contacto sexual como:

Cuadro 1. Principales patógenos transmitidos sexualmente

Bacterias	Neisseria gonorrhoeae Chlamydia trachomatis Treponema pallidum Mycoplasma hominis Ureoplasma uretricum Haemophilus druceyi Calmydobacterium granulomatis Shigella spp Moviluncus spp Campylobacter spp Extreptococo del grupo B
Virus	Virus de inmunodeficiencia humana (VIH-1 y VIH-2) Herpes simplex virus (HSV-1 y HSV-2) Virus de la hepatitis A Virus de la hepatitis B Virus de la hepatitis C Cytomegalovirus (CMV) Virus del papiloma humano (HPV) Virus del molusco contagioso

Fuente: Pérez (1994).

En referencia con el cuadro 1, las ETS pueden ser causadas por bacterias o virus, las infecciones por bacterias pueden tratarse con antibióticos u otros medicamentos, en cambio las infecciones por virus no tienen cura, sólo se disminuyen los síntomas o se controla la enfermedad. La mayoría pueden diagnosticarse con un examen médico, ya sea un cultivo de las secreciones de la vagina o del pene, o con un análisis de sangre.

Las causadas por virus incluyen el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, el Virus del Papiloma Humano VPH, la Hepatitis B y el Herpes genital. Las ETS causadas por bacterias incluyen la infección por sífilis, clamidia y gonorrea.

De manera más particular podemos hablar de ciertos signos y síntomas explicando que tipo de enfermedad sexual es a la que pueden pertenecer; por ejemplo:

- Úlcera genital. La aparición de múltiples lesiones pequeñas o dolorosas en la región de los genitales pueden ser herpes; pero si la úlcera genital se acompaña de ganglios inflamados en las ingles, podría ser sífilis o chancro blanco.

- Verrugas en genitales. Si hay una ligera comezón y verrugas en los genitales suelen ser causadas por el virus del papiloma humano VPH, ciertos tipos de este virus están asociados con el cáncer cérvico – uterino o genital.
- Secreción uretral. Si el hombre presenta secreción uretral y dolor al orinar, al hacerse un examen al microscopio, se puede ver la diferencia entre gonorrea y clamidia.
- Flujo vaginal. En el caso de la mujer, si el flujo es amarillo y de olor fétido se trata de tricomoniasis, si bien, el flujo es blanco y hace espuma puede ser moniliasis. Pero un examen del flujo también puede detectar gonorrea o clamidia.
- Dolor en la parte inferior del abdomen. Si la mujer se queja de dolor en la parte inferior del abdomen, es necesario verificar la temperatura y el dolor durante un examen médico por que puede tratarse de una enfermedad pélvica inflamatoria.

Es importante recalcar que algunas de las enfermedades sexuales son asintomáticas, es decir, en los primeros años por lo general no hay presencia de síntomas; como el VIH, la gonorrea en la mujer y la tricomoniasis en el varón.

Medidas de prevención

Las prácticas sexuales seguras para la prevención incluyen el lavado de genitales con agua y jabón lo que puede ayudar a eliminar gérmenes con el lavado antes de que puedan infectar, el orinar después de tener relaciones sexuales, usar el condón correctamente; tener el contacto sexual con una sola persona y que sólo tenga relaciones contigo, y no realizar sexo oral, vaginal o anal sin condón.

Otras medidas que toda persona debe considerar son, hablar con la pareja respecto al sexo y preguntarle si tiene alguna ETS; limitar el número de parejas sexuales; no mezclar el sexo con alcohol o con otras drogas, ni compartir agujas de ningún tipo; y no tener relaciones si por cualquier razón se sospecha que la pareja tiene una ETS. Y en caso de estar en tratamiento por alguna ETS, abstenerse de las relaciones sexuales, para garantizar el efecto.

También es de suma importancia conocer las falsas creencias sobre estas enfermedades, según Pomiés (1995), son: todas pueden curarse con remedios caseros y/o para mantener el secreto de lo que sucede; pueden ser curadas o prevenidas con pequeñas dosis de penicilina auto – recetada; sí no se presentan síntomas, no ha habido contagio; una vez curados los síntomas no se vuelven a repetir; se pueden contraer en un inodoro infectado; la masturbación también puede causarlas; los hombres que eyaculan precozmente tienen menos posibilidades de contagiarse; y finalmente sólo las padecen los sectores más pobres y marginales de la población.

Considerando su relevancia a lo anterior *“las investigaciones sugieren que las ETS pueden tener mayor incidencia entre adolescentes y adultos jóvenes por que estos grupos tienen mayor tendencia a tener más de una pareja sexual. Los individuos que usan agujas para inyectarse drogas intravenosas también corren riesgo”* (Franco, 2009), siendo aspectos, naturalmente, que necesitan ser conocidos y explicados a los adolescentes para evitar riesgos.

Brevemente se concluye que, en cuanto a los métodos anticonceptivos, es muy cierto que ningún método puede ser cien por ciento seguro y eficaz, más aún tratándose de evitar las enfermedades de transmisión sexual, por tanto su eficacia de cada método dependerá únicamente del uso correcto que le de la pareja, acompañado de las ideas sociales o religiosas que se tengan, para ejercer una sexualidad placentera, responsable y libre.

En el caso particular de los adolescentes, los métodos accesibles y recomendables para ellos, son los preservativos (masculino y femenino), las píldoras, inyecciones y el parche; pero estos últimos tres tienen que ser prescritos por un médico reconocido, pues no cualquier marca o tipo de estos métodos puede adaptarse al cuerpo de las personas, puesto que funcionan a base de hormonas.

Por esa razón, el uso de métodos anticonceptivos para ellos y ellas puede entenderse como poco frecuente, por diversas razones, como por ejemplo, tienen poca información sobre cuales pastillas deben tomar y cuál es su forma correcta de uso; o no se sienten en confianza para acudir a un médico que se las prescriba, por miedo a la descalificación social.

En cuanto al uso del condón, los adolescentes, pueden verlo como un riesgo, donde algunas de las razones son fundamentadas por prejuicios y/o desconocimiento del tema, y otras pueden ser por la falta de información en cuanto al uso correcto y adecuado. Algunas ideas serían: para los varones, puede llevar a que se pierda la sensibilidad; para ambos, el planificar su uso o detenerse a colocarlo significa perder la espontaneidad indispensable para el placer y el amor; así como el miedo a que falle.

En cualquier caso anterior, podríamos aceptar o reconocer que las relaciones sexuales son consideradas, por los adolescentes, como no deseadas todavía; pero lo consideran una situación que fácilmente puede cambiar. A los momentos donde se presenta el deseo sexual y decidir contenerse le llaman *“aguantarse las ganas”*, opción difícil de asumir, pues como bien dicen *“la calentura te gana”* y más en el caso de los hombres, considerados como *“más calientes”*.

En contraste, cuando toman la decisión de experimentar una relación sexual, generalmente a las mujeres les preocupa más un embarazo que contraer una ETS, incluyendo el VIH/SIDA, dados los riesgos más inmediatos que perciben de llegar a

quedar embarazadas. Y según algunas investigaciones, aún cuando los hombres no han tenido relaciones sexuales, manifiestan su temor a contraer una ETS que puede ser un motivo para la abstinencia. Pero los que ya iniciaron su vida sexual argumentan que aun que se protejan o hagan lo que hagan, cuando les da una enfermedad, les da.

El tema sobre las enfermedades venéreas resultaba ser un tabú, sin embargo, ahora es necesario abordarlo, a fin que todo mundo se entere de qué sucede con estos padecimientos, el tipo de tratamientos que existen para sobrellevarlos o erradicarlos, y la forma en que se pueden evitar.

Estas podrían evitarse a tiempo, si se pensara en ser más comunicativos y contribuir a prevenirlas, pero se podría decir que la mayoría de la población mundial desconoce sus efectos, por falta de interés e información, por vergüenza, y por ciertos tabús para hablar del tema.

1.1.3. Fundamentación psicológica

1.1.3.1. Teoría psicosocial de Erik Erikson

La adolescencia es el paso de la infancia a la adultez donde se experimentan cambios biopsicosociales muy importantes para su desarrollo, por lo que se toma como base para este estudio la Teoría Psicosocial de Erik Erikson.

Erikson, citado por Bordignon (2005), parte de las concepciones sobre el desarrollo de la personalidad de Sigmund Freud; pero también cree que la personalidad se desarrolla en una serie de etapas así como de la influencia cultural en la formación de vida de acuerdo a la edad y maduración de las personas.

En lo que difiere Erikson con Freud es en la importancia que este último daba al desarrollo sexual para explicar el desarrollo evolutivo del individuo. Erikson sin embargo, lo que considera es que el individuo a medida que va pasando por las diferentes etapas lo que va desarrollando es su conciencia por mediación de la interacción social y está en continuo desarrollo a lo largo de la vida.

La teoría psicosocial también es una teoría de la competencia, porque en cada una de las etapas por las que pasa el ser humano en la vida desarrolla una serie de competencias determinadas que si son adquiridas se tendrá una sensación de dominio, a lo que Erickson llama fuerza del ego, y una vez adquiridas ayudaran a resolver los retos que se tendrán que superar en cada etapa de la vida.

Otra característica fundamental de la teoría es que cada una de las etapas de la vida de las personas se ve marcada por un conflicto o crisis que es lo que permite el desarrollo del individuo, que cuando se resuelven cada uno de los conflictos hay un crecimiento psicológico, y en la resolución, el ser humano encuentra un gran potencial para el crecimiento o fracaso.

Basado en su experiencia personal y en estudios antropológicos, Erikson menciona que la vida del ser humano depende de tres procesos de organización:

- a) El proceso biológico, es la organización jerárquica de los sistemas biológicos, orgánicos y el desarrollo fisiológico;
- b) El proceso psíquico, envuelve las experiencias individuales o yoicas, los procesos psíquicos y la experiencia personal y relacional.
- c) El proceso ético – social, es la organización cultural, ética y espiritual de las personas y de la sociedad, expresadas en valores y principios de orden social.

Elaboró la teoría del desarrollo de la personalidad, en ella describe ocho etapas o estadios psicosociales a partir del principio epigenético, las cuales son:

- 1) Confianza vs. Desconfianza – esperanza. La primera etapa se da desde el nacimiento hasta el primer año de vida, junto con la lactancia se desarrolla en el bebé recién nacido la sensación física de confianza, el bebé recibe el calor del cuerpo de la madre, de su pecho y de sus cuidados amorosos. Se desarrolla el vínculo que será la base de sus futuras relaciones con otras personas importantes, en especial el padre y los hermanos.
Son las experiencias más tempranas que proveen aceptación, seguridad y satisfacción emocional y están en la base de nuestro desarrollo de individualidad.
- 2) Autonomía vs. Vergüenza y duda. Se da desde el primer año hasta los tres años aproximadamente. Comienzan a afirmar su independencia, caminando lejos de la madre, escogiendo con qué jugar, y haciendo elecciones sobre lo que quiere usar para vestir, lo que desea comer, etc.
Si se anima y apoya la independencia creciente de los niños en esta etapa se vuelven más confiados y seguros respecto a su propia capacidad de sobrevivir en el mundo.
- 3) Iniciativa vs. Culpa y miedo. A partir de los 3 años hasta los 5 años aproximadamente. Los niños se imponen o hacen valer con más frecuencia, comenzaran a planear actividades, inventan juegos e inician actividades con otras personas.
Si se les da la oportunidad los niños desarrollan una sensación de iniciativa y se sienten seguros de su capacidad para dirigir a otras personas y tomar decisiones.
- 4) Laboriosidad vs. Inferioridad. Desde los 5 años hasta la pubertad (11 – 13 años aproximadamente). Los niños comienzan a desarrollar una sensación

de orgullo en sus logros. Inician proyectos, los siguen hasta terminarlos, y se sienten bien por lo que han alcanzado.

Durante este tiempo, los profesores juegan un papel creciente en el desarrollo del niño, si se refuerza y apoya su iniciativa comienzan a sentirse trabajadores y con capacidad para alcanzar metas.

- 5) Identidad vs. Confusión de papeles (roles). Se da a partir de los 11 – 13 años hasta los 21 años aproximadamente. Este teórico define a la adolescencia como una etapa donde se experimentarán la búsqueda y una crisis o conflicto de identidad, reavivando los conflictos en cada una de las etapas anteriores.

Así mismo el adolescente se encuentra en la búsqueda de su yo, estableciendo una nueva síntesis de si mismo renovando su sentimiento de continuidad, de cohesión interior, integrando aspectos antes asociados, esto a través de la elección de carrera profesional, la definición laboral, sexual, familiar, social y filosófica ante la vida.

La identidad yoica significa saber quiénes somos y cómo encajamos en el resto de la sociedad. Se tiene que retomar lo que se aprende acerca de la vida y de uno mismo como resultado de las propias exploraciones formando una autoimagen que sea significativa a la sociedad.

Las características de identidad del adolescente son:

- La perspectiva temporal, orientación en el tiempo y en el espacio, asimilación de la experiencia con un aprovechamiento adecuado de los aspectos del intercambio interpersonal y de la sensibilidad (experiencia emocional).
- La seguridad en sí mismo, sentimiento de la propia confiabilidad, sentido de la adecuación y organización de la vida personal.
- La experimentación con el rol, énfasis en la acción, el enfrentamiento de situaciones diversas y el ejercicio de anticipación de metas.
- El aprendizaje, significa principalmente interés por el contacto con el medio ambiente y una estrategia del aprendizaje vital.
- Polarización sexual, adecuado grado de desarrollo del propio interés sexual.
- Liderazgo y adhesión, adecuada integración al grupo de “pares”.
- El compromiso ideológico, orientación valorativa y participación en el ambiente.

Este periodo se inicia con la combinación del crecimiento rápido del cuerpo y de la madurez psicosexual, que despierta intereses por la sexualidad y formación de la identidad sexual. La integración psicosexual y psicosocial tiene la función de la formación de la identidad personal acorde a las características anteriores.

Es decir, los adolescentes ejercen un sentimiento de confianza y lealtad con quien pueda compartir amor, buscan una armonía e identificación afectiva, cognitiva y comportamental con aquellos con los cuales pueden establecer relaciones autodefinitorias superando la confusión de roles, establecen relaciones de confianza, estabilidad y fidelidad, seleccionan profesiones en las cuales puedan dedicar sus energías y capacidades de trabajo y consolidan las formas ideológicas o doctrinas donde enfrentan la realidad de la industrialización y la globalización.

Es por ello que se da una importante relación entre el desarrollo del adolescente y la sexualidad, que es la fuente de comunicación y expresión integral del ser humano en función de su sexo vinculado a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, otorgándole al individuo su identidad sexual, normando su conducta (López, 1996).

Los profesores y especialmente los padres de los adolescentes se verán enfrentando situaciones que serán un nuevo reto para su tarea de orientación, y donde las instituciones tienen la importante función de inspirar a los adolescentes en la formación de su proyecto de vida, profesional e institucional.

- 6) Intimidad vs. Aislamiento. Desde los 21 hasta los 40 años aproximadamente. Las personas se relacionan más íntimamente con los demás. Esto conduce hacia compromisos más largos con alguien que no es un miembro de la familia. Completar con acierto esta etapa puede conducir a relaciones satisfactorias y aportar una sensación de compromiso, seguridad y preocupación por el otro dentro de una relación.
- 7) Generatividad vs. Estancamiento. Es la edad adulta media, que va de los 25 a los 60 años, se establecen las carreras profesionales, las familias propias, se desarrolla la sensación de ser parte de algo más amplio. Se hacen aportaciones a la sociedad al criar a los hijos, al ser productivos en el trabajo y al participar en las actividades y organización de la comunidad.
- 8) Integridad del yo vs. Desesperación. Se da después de los 60 años. Mientras se envejece y se da la jubilación, tiende a disminuirse la

productividad dedicándose a explorar la vida como personas jubiladas. Durante este periodo se contemplan los logros y se puede desarrollar integridad considerando que se ha llevado una vida acertada.

Erikson también aportó con respecto a las interacciones de las generaciones, a lo cual llamó mutualidad. Ya Freud había establecido claramente que los padres influían de manera drástica el desarrollo de los niños. Pero Erikson amplió el concepto, partiendo de la idea de que los niños también influían al desarrollo de los padres.

Un claro ejemplo de mutualidad se encuentra en los problemas que tiene una madre adolescente. Aún cuando tanto la madre como el hijo pueden llevar una vida satisfactoria, la chica está todavía en la búsqueda de sí misma y de cómo encajar en la sociedad. La relación pasada o presente con el padre de su hijo puede ser inmadura tanto en uno como en el otro y si no se casan o viven juntos, ella tendrá que lidiar con los problemas de encontrar una nueva pareja o no. Por otro lado el infante presenta una serie de necesidades básicas de todo niño, incluyendo la más importante, una madre con las habilidades maduras y apoyo social.

Si los padres de la chica en cuestión se unen para ayudar, tal y como se esperaría, también romperán con sus funciones evolutivas, volviendo a un estilo vital que pensaban que habían pasado y altamente demandante.

Observando la relación e influencia de estas generaciones, una valoración negativa de la sexualidad por parte de la familia, escuela e instituciones, crea confusiones en los adolescentes adoptando generalmente una actitud distorsionada, comportándose de la manera que mayor placer le proporcione, estos actos perjudicaran su bienestar general, siendo que con ello buscan su identificación y desarrollo.

La actividad sexual se orienta más a satisfacer muchas necesidades importantes que al logro del placer físico. Por ello, es cuando más se necesita una orientación adecuada a fin de que en la búsqueda de sus necesidades afectivas entiendan que al relacionarse sexualmente corren el riesgo de un embarazo.

Concluyendo que la eficacia de cada etapa o estadio de los seres humanos dependerá de la resolución positiva de los conflictos o crisis formando cierta calidad de vida, igualmente depende de la sociedad en el tiempo.

1.1.3.2. Teoría de la actividad de estudio como base de la didáctica

El enfoque de la Teoría de la actividad representa algo nuevo en la enseñanza, porque refiere que para enseñar hay que comprender qué es el proceso de enseñanza, qué es un estudiante, cuáles son sus posibilidades y cuáles sus dificultades y cómo se garantiza el logro de los objetivos, considerando inclusive, el

trabajo con grandes masas de estudiantes, la cual fue propuesta por la Dra. Nina Talizina.

Esta didáctica está basada en los logros de la psicología, de una escuela denominada la Escuela de la Teoría de la Actividad iniciada por el psicólogo Vigotsky desde las décadas de los 20 o 30. La teoría fue fundamentada por el profesor Galperin P.Y. de la universidad de Moscú a principios de los años 50.

Menciona que las bases científicas de estructuración del proceso de asimilación de los conocimientos del proceso de enseñanza aprendizaje, en tres niveles:

a) nivel psicológico, para entender la naturaleza de este proceso de asimilación.

b) nivel cibernético, donde la enseñanza es bajo la dirección o control de un proceso de un proceso productivo garantizando el logro de los objetivos, es decir, es un sistema de enseñanza controlada.

c) nivel pedagógico, como ciencia de la aplicación y que debe utilizar los resultados de las ciencias fundamentales, en este caso la psicología.

En pocas palabras, se trata de representar el proceso de asimilación, sus etapas, expresando las exigencias planteadas de cada una y consecuentemente, las funciones que en cada una deben cumplir los profesores y estudiantes. El análisis de estas funciones permite ver, cuáles de ellas pueden ser automatizadas y cuáles no.

El programa de intervención está diseñado con base en la Teoría de la Actividad donde se toma a la tarea (un problema que hay que resolver, bajo determinadas condiciones) como unidad para el análisis de los objetivos; enfocado en los conocimientos y las habilidades, ya que cada tarea exige determinadas habilidades para la solución, denominado esto como un método de solución, es decir, es la actividad que debe saber hacer una persona para que la tarea sea resulta.

Talizina afirma que los indicadores de efectividad de este sistema de enseñanza son la profundidad de la asimilación, y el cómo lograr que sin mayor inversión de tiempo para que la enseñanza resulte sólida y fundamentada.

En la intervención se manejan etapas del proceso de asimilación, definida como el *“estado típico que pueden tener los conocimientos y las habilidades en el camino para su asimilación, en dependencia de las características que presentan y de todo el conjunto de estados que ellas generan”* (Talizina, 1994; p. 111).

Por ello se señalan cinco etapas fundamentales:

1. Etapa motivacional, donde se pretende la creación de motivos, que en este caso sería la introducción en la enseñanza, la integración de cada grupo y explicar la forma de trabajo.

2. Etapa explicativa donde la coordinadora cumple la función informativa que consiste en la explicación de cada uno de los temas.

3. Etapa materializada, donde los alumnos pueden aplicar cada uno de los temas, aquí el estudiante trabaja apoyado en portadores externos de información como esquemas, tablas, gráficas, etc.

4. Etapa verbal externa, se utiliza el lenguaje oral en grupos de trabajo y tienen lugar las discusiones y los análisis en grupos, pero ya no hay apoyos de fuentes es decir, los alumnos expresan a los demás qué concepción formaron acerca de la sexualidad.

5. Etapa verbal interna, que constituye la etapa mental del proceso de asimilación, los alumnos expresan para ellos mismos lo que aprendieron de cada uno de los temas, y se percatan de su propio aprendizaje.

Los estudiantes tienen que transitar por todas las etapas y evidentemente, el éxito por todas ellas, asegura la asimilación de los conocimientos y las acciones. En relación con esto deben de utilizarse situaciones problemáticas para su solución.

Para esta teoría lo que interesa, no es solo las respuestas de los estudiantes, si no la vía por la cual llegan a esa respuesta, es decir, el contenido de una actividad cognoscitiva donde hay que buscar el mejor método de solución y enseñar a resolver esas situaciones problemáticas. Otro aspecto importante es la retroalimentación.

En conjunto, en la enseñanza tradicional el estudiante no piensa en lo absoluto sobre la necesidad que tienen estos conocimientos; por eso cada estudiante tiene que preguntarse, para que le hacen falta esos conocimientos en la solución de estas tareas, si se va a apoyar en esos conocimientos y qué tareas específicas resultan obligatorias para él, durante cada etapa de asimilación.

En la etapa de la adolescencia se van a interiorizar valores positivos en cuanto a sí mismo y los demás seres sexuados, donde consideran gratificante la atracción hacia miembros del mismo sexo o el opuesto con un amor compartido. Por lo tanto con la orientación educativa y su propia conciencia individual, el adolescente se orienta y ejerce responsablemente sus deseos resolviendo su problema de identidad.

Haciendo necesario el que los participantes del estudio analicen los aspectos referidos a la sexualidad, a través de las etapas de asimilación, para integrar sus propios impulsos sexuales o convivir con ellos sin prejuicios.

CAPÍTULO 2. MÉTODO

2.1. Identificación de necesidades

Para identificar las necesidades de los alumnos de la escuela secundaria, previamente a la intervención, se realizó una entrevista estructurada (Anexo 1) a personal docente de la institución, en la que tuvieron participación: la directora del plantel escolar, dos orientadores responsables de segundo grado, dos profesoras y un profesor de diferentes asignaturas.

De manera general en los comentarios que hicieron los profesores, se identifican problemáticas, ya que coinciden en que la mayoría de los alumnos en sus tres grados escolares, se encuentran en una situación de riesgo porque pertenecen o forman parte de familias desintegradas y/o disfuncionales, donde los alumnos viven sólo con la madre o el padre; con los abuelos; y en raras ocasiones con tíos; y si viven con sus padres, ambos trabajan; considerándolo una causa para la falta de atención de calidad a sus hijos, dejándolos la mayor parte del tiempo solos.

Como consecuencia, los alumnos, no asumen responsabilidades tanto en casa como en la escuela, mostrando poco interés a los estudios, lo que aumenta el índice de reprobación escolar y la inasistencia, por falta de apoyo familiar. Los comportamientos que generalmente se encuentran entre los adolescentes son: jugar, platicar, y comer dentro del salón de clases, no respetando los horarios de sus materias, ni a sus profesores.

También manifestaron que los alumnos que consiguen buenos niveles de aprendizaje o buenas calificaciones, es porque son responsables, tienen interés, hacen tareas y están motivados, en colaboración con su familia. Pero los que tienen un bajo nivel académico, es porque les cuesta más trabajo, a veces están desmotivados, o no tienen un hábito de estudio, no hacen las tareas y muchos de ellos llegan a casa y nadie se preocupa, nadie está con ellos. Es decir, que se nota cuando los padres colaboran en los estudios de sus hijos.

Por ello se identifica la relación de las problemáticas antes mencionadas con los factores de riesgo para un embarazo no planeado en la adolescencia, de acuerdo con López (1996), se encontró que: el ser hijo de madre soltera, vivir bajo un ambiente familiar problemático o poco afectuoso, con nivel socioeconómico precario, apoyo emocional escaso y que no ofrezca confianza para hablar de sexualidad y anticoncepción, ya sea por desconocimiento o por el bajo nivel académico de los tutores, son factores que favorecen, pero no determinan, un riesgo importante para la sexualidad saludable, placentera y responsable de los y las adolescentes.

2.2. Objetivo general

Diseñar, aplicar y evaluar una intervención que permita sensibilizar a estudiantes sobre las causas y consecuencias de un embarazo en la adolescencia, en la vida personal, familiar y social.

2.2.1. Objetivos específicos:

Para el diseño:

- Identificar las necesidades de los estudiantes en el ámbito educativo con respecto a su situación escolar y familiar.
- Planificar, formular y organizar acciones de intervención en el ámbito educativo con temas relacionados con la educación sexual integral con calidad científica y laica.

Durante la aplicación:

- Ejecutar, monitorear y evaluar la implementación de la propuesta psicopedagógica a los alumnos de segundo grado de la institución.
- Desarrollar durante el proceso de intervención en las y los adolescentes que sean personas responsables con conocimientos, capacidades y actitudes que les permitan ejercer una sexualidad integral, saludable, responsable y placentera en todas sus dimensiones biológica – reproductiva, socio – afectiva, ética – y moral.

Para la evaluación:

- Verificar los resultados del proceso de aprendizaje de los alumnos antes, durante y después de la intervención, tanto de manera cuantitativa como cualitativa.
- Identificar los obstáculos o estancamientos que impiden alcanzar los objetivos y valorar los beneficios y costos, proporcionando un panorama claro del grado en que se han alcanzado los objetivos previstos.

2.3. Tipo de estudio

El presente informe de intervención tiene un enfoque mixto de investigación, con un proceso de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos del mismo (Hernández, 2006).

2.3.1. Diseño de intervención

Es una investigación donde se toman mediciones de una sola variable en un grupo; es decir, es un diseño cuasi experimental con un pre – post con dos grupos, para la valoración del programa, determinando el mérito, valor o eficacia del tratamiento, intervención o programa en un ámbito social con el fin de producir cambios en él (León y Montero, 1997).

2.3.2. Participantes

La muestra está conformada por 26 mujeres y 36 hombres para un total de 62 alumnos que oscilan entre 13 y 15 años de edad, los que cuentan con 13 años son 8 mujeres y 10 hombres y los que están entre 14 y 15 años son 18 mujeres y 26 hombres. Los alumnos fueron asignados por las autoridades de la secundaria de acuerdo a sus horarios de la asignatura de orientación.

Se eligieron de forma particular a alumnos de segundo grado porque la mayoría de los alumnos se encuentra en la adolescencia media (14 a 16 años), según Issler (2001), es definida como la adolescencia propiamente dicha; completándose su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres; del mismo modo es la edad promedio de inicio de experiencias sexuales, se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes de riesgo; se preocupan por su apariencia física, y se encuentran fascinados por la moda.

En la aplicación del pre test sólo asistieron 53 alumnos, 23 mujeres y 30 hombres. Y en el pos test 54 alumnos, 24 mujeres y 30 hombres.

2.3.3. Escenario

El programa se llevó a cabo en el salón de clases de cada grupo de aproximadamente 7 m x 7 m, con mobiliario individual (butacas) para cada alumno, una mesa o escritorio, silla para el profesor y un pizarrón blanco; de la Escuela Secundaria del Turno Vespertino, ubicada en Los Reyes Acaquilpan en el Municipio de La Paz.

2.3.4. Instrumentos

Para el proyecto de investigación se utilizó la “Encuesta Gente Joven” elaborada por la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C. (Mexfam) y aplicado por el Instituto de Investigación en Salud y Demografía S.C. (INSAD), que presenta recientes resultados sobre el comportamiento sexual y reproductivo de los y las adolescentes entre 13 y 19 años, en México.

La cual fue adaptada a los adolescentes participantes, con el fin de hacer un diagnóstico de necesidades y conocimientos sobre sexualidad para la implementación de la intervención, el pre test (Anexo 2); de forma semejante se utilizó para la evaluación final de la intervención, eliminando algunas preguntas, para la identificación y obtención de resultados de la intervención, el post test (Anexo 3).

Se hizo la modificación entre el pre test y el pos test debido a que en el pre test se incluyeron preguntas que ayudan a complementar y explicar otros indicadores que permiten conocer más objetivamente aspectos de la sexualidad de los

adolescentes y los conocimientos que tienen de la misma. Y en el post test, solo nos interesan los conocimientos nuevos adquiridos.

El pre test contiene cuatro apartados, los cuales son: 1) Fecundidad e ideales reproductivos con 3 preguntas, 2) Conocimiento y percepción de los métodos anticonceptivos con 46 preguntas, 3) Exposición al riesgo de concebir con 25 preguntas, y 4) infecciones de transmisión sexual con 8 preguntas.

El post test contiene cuatro apartados, los cuales son: 1) Fecundidad e ideales reproductivos con 1 pregunta, 2) Conocimiento y percepción de los métodos anticonceptivos con 38 preguntas, 3) Exposición al riesgo de concebir con 7 preguntas, y 4) Infecciones de transmisión sexual con 5 preguntas.

Para la evaluación de cada sesión de la intervención se hizo uso de un diario de campo.

3.3.5. Procedimiento

Para el logro del objetivo de estudio se siguieron los procedimientos metodológicos a través de los siguientes pasos:

- Revisión de la literatura y documentos relacionados con el estudio.
- Selección e identificación de necesidades de la muestra de los sujetos de estudio.
- Diseño de los instrumentos de recolección de datos (cuestionarios).
- Elaboración y aplicación de la propuesta didáctica.
- Tabulación y análisis de la información recolectada.
- Redacción de conclusiones obtenidas.
- Identificación de alcances y limitaciones.
- Formulación de recomendaciones.

Pasos de la intervención

Para la realización de este programa de intervención se trabajó contemplando tres fases: Primeramente se realizó una medición inicial, posteriormente se administró el tratamiento, en este caso es la implementación del programa de intervención y para finalizar se realizó una última medición.

Está diseñado con base en la Teoría de la Actividad de Talizina (1994), donde se manejan etapas del proceso de asimilación, las cuales son: motivacional, explicativa, materializada, verbal externa y verbal interna con las actividades propuestas y desarrolladas en la carta descriptiva (véase anexo 4).

Las sesiones del programa abordaron temas relacionados con el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados; toma de decisiones con

respecto de la primera relación sexual; los riesgos de un embarazo y sus repercusiones académicas, sociales y físicas; enfermedades de transmisión sexual; la virginidad y sexo seguro.

La aplicación del programa de intervención a los alumnos consistió en 13 sesiones de una hora (la hora asignada a la asignatura de orientación) a la semana en las cuales se incluyen actividades que los alumnos pueden hacer y son significativas para que comprendan cada aspecto de la sexualidad.

Pero posteriormente las sesiones se dieron en las horas clase que tuvieron “libres” los alumnos en apoyo a los orientadores y como una situación facilitadora del proceso de intervención.

Para poder dar inicio a la realización de la de intervención se utilizó la elaboración de anuncios o carteles que se colocaron una semana antes de la aplicación, en los cubículos de orientación de los tres grados escolares, para despertar la curiosidad de los adolescentes.

Acto seguido, se dio comienzo propiamente a las actividades de intervención.

Pasos del análisis de datos del cuestionario

El procesamiento de datos estuvo compuesto de operaciones de clasificación, registro y codificación para los resultados cualitativos y un análisis estadístico de los resultados para lo cuantitativo.

El análisis estadístico se efectuó en forma manual, mediante la frecuencia relativa porcentual, que consistió en:

- Organizar y tabular los resultados de cada indicador del cuestionario.
- Analizar la frecuencia relativa porcentual, para determinar la frecuencia con que se presentan las opciones de cada indicador para el análisis de resultados.
- Ordenar la información de preguntas abiertas para el análisis cualitativo de los datos.

Los resultados, de las respuestas dadas por los alumnos, que se presentan al final se tomaron en cuenta con base a los apartados y los objetivos de las estrategias propuestas durante la intervención y para verificar significativamente con los objetivos planeados.

CAPÍTULO 3. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó la tabulación de la información registrada en el instrumento aplicado a la muestra seleccionada, y finalmente se incorpora la interpretación y análisis descriptivo de la información entre los resultados del pre test y el pos test para verificar si el programa logra el objetivo planteado inicialmente.

En los siguientes cuadros se muestran los resultados obtenidos en el pre test de 82 ítems y el pos test de 51 ítems.

Cuadros 2 y 3. Fecundidad e ideales reproductivos

Cuadro 2. Pre test

No.	Ítems	Sí		No		No sabe		No responde		No tiene pareja	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	¿Has estado alguna vez embarazada? O ¿Has embarazado a una mujer alguna vez?	0	0	51	96	1	2	1	2	0	0
2	¿Actualmente estas embarazada? O ¿Tu pareja está actualmente embarazada?	0	0	49	92	0	0	1	2	3	6

Nota: F = Frecuencia; % = Porcentaje.

Interpretación: en relación a los ítems que conforman los apartados de fecundidad e ideales reproductivos las respuestas dadas mayores del 90% fue a los indicadores de “No”, donde tanto hombres y mujeres no han estado en una situación de embarazo y mucho menos en aborto.

Cuadro 3. Pos test

No.	Ítems	Sí		No		No sabe		No responde		No tiene pareja	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	¿Has estado alguna vez embarazada? O ¿Has embarazado a una mujer alguna vez?	0	0	43	80	0	0	0	0	11	20

Interpretación: en relación con los indicadores presentados en el cuadro conforme al pos test se obtiene que durante los 4 meses de la intervención no hubo situaciones de embarazo en los adolescentes y el 20% no tenían pareja.

Análisis del pre test y pos test: relacionando ambos cuadros se puede inferir que los adolescentes involucrados en el estudio son responsables y conocen mejor las medidas preventivas para no embarazarse más aún en el caso de que sean sexualmente activos, y esto se refleja en el pos test al mostrarse mayor seguridad en sus respuestas disminuyendo el porcentaje de aquellos que no respondieron.

Cuadro 4. Conocimiento de los métodos anticonceptivos

No.	Ítems	Sí (espontáneamente)		Sí (ayuda)		No	
		F	%	F	%	F	%
1	¿Has oído hablar de los métodos anticonceptivos?	51	96	--		2	4
2	Pastillas o píldoras	9	17	38	72	6	11
3	Dispositivo, DIU, aparatito	4	8	18	34	31	58
4	Inyecciones	3	6	25	47	25	47
5	Preservativos o condones	11	21	37	70	5	9
6	Óvulos, jaleas o espumas	4	8	6	11	43	81
7	Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica	1	2	4	8	48	90
8	Retiro o coito interrumpido	3	6	8	15	42	79
9	Operación femenina o OTB	4	8	9	17	40	75
10	Operación masculina o vasectomía	6	11	28	53	19	36
11	Pastillas de anticoncepción de emergencia	19	36	26	49	8	15
12	Otros	3	6	4	8	35	66

Interpretación: las respuestas dadas por los adolescentes en relación con el apartado del conocimiento de los métodos anticonceptivos se observa que el 96% sí ha oído hablar de los métodos, los más conocidos con ayuda de un experto son las pastillas o píldoras y los preservativos donde se observa que son arriba del 70%, en promedio el 50% también conocen la vasectomía y la pastilla de emergencia, y los

menos conocidos son los óvulos, jaleas o espumas, el método del calendario, el coito interrumpido y la operación femenina.

Cuadro 5 y 6. Lo que conocen de los métodos anticonceptivos.

Cuadro 5. Pre test

Me podrías decir...		
No.	Ítems	Respuestas
1	¿Cada cuándo se debe tomar cada pastilla anticonceptiva?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diario ✓ Cada mes ✓ Durante o antes de la menstruación ✓ Cada semana ✓ No responden
2	¿Qué se debe hacer si se olvida tomar una pastilla anticonceptiva?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizar el condón ✓ Tomar las pastillas de emergencia ✓ No responden
3	¿En qué parte del cuerpo se debe colocar el DIU?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En la vagina ✓ Las trompas de Falopio ✓ En el útero o matriz. ✓ No responden
4	¿Quién coloca el DIU?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un doctor ✓ El ginecólogo.
5	¿Cada cuándo se deben aplicar las inyecciones anticonceptivas?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cada mes ✓ Cada semana ✓ Después de la menstruación ✓ Cada tres meses ✓ Cada que se tengan relaciones sexuales ✓ No responden
6	¿En donde se coloca un condón?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En el pene ✓ (Haciendo referencia al condón femenino) en la vagina.
7	¿Cuántas veces se puede utilizar un mismo condón?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Una sola vez ✓ Dos veces.
8	¿En qué momentos se deben aplicar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando se vayan a tener

	los óvulos, jaleas y las espumas anticonceptivas?	<p>relaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando se tenga la menstruación. ✓ Cuando se tengan relaciones. ✓ No responden
9	¿En qué consiste el método del ritmo?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No reconocen el método. ✓ Saber cuándo se tiene el periodo. <p>(Y una persona confundió el método con el del coito interrumpido).</p>
10	¿En qué consiste el método del retiro?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Retirar el pene antes de eyacular. ✓ No responden
11	¿Después de realizar la ligadura la mujer puede volver a tener hijos?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No se pueden volver a tener hijos. ✓ Sí ✓ A veces
12	¿Después de la vasectomía el hombre puede volver a tener hijos?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No se pueden volver a tener hijos. ✓ Sí ✓ A veces ✓ No responden
13	¿Cuánto tiempo después de tener una relación sexual no protegida deben tomarse las pastillas de anticoncepción de emergencia?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lo antes posible después de la relación sexual ✓ Al día siguiente ✓ Después de 72 horas ✓ Antes de 24 horas ✓ Después de 2 horas ✓ En 2 semanas ✓ Un día antes ✓ En 12 horas ✓ No responden

Interpretación: como se puede observar en las respuestas dadas por los participantes con relación en el apartado de lo que conocen los adolescentes de los

métodos anticonceptivos se presenta una diversidad de respuestas en los métodos que no conocen, tomando en cuenta los porcentajes del cuadro 4.

Cuadro 6. Pos test

Me podrías decir...		
No.	Ítems	Respuestas
1	¿Cada cuándo se debe tomar cada pastilla anticonceptiva?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Debe ser diaria ✓ Cada 24 horas ✓ Se toman a la misma hora y sin excepción ✓ Antes de cada relación sexual ✓ Durante las 72 horas ✓ Cada mes.
2	¿Qué se debe hacer si se olvida tomar una pastilla anticonceptiva?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tomarse dos ✓ Hacer uso del condón ✓ Tomar la pastilla de emergencia ✓ Irían al médico. ✓ No responden
3	¿En qué parte del cuerpo se debe colocar el DIU?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En el útero o matriz ✓ En la vagina ✓ No responden
4	¿Quién coloca el DIU?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un doctor ✓ Un especialista
5	¿Cada cuándo se deben aplicar las inyecciones anticonceptivas?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cada mes ✓ Diarias ✓ No responden
6	¿En donde se coloca un condón?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En el pene o vagina ✓ En el pene.
7	¿Cuántas veces se puede utilizar un mismo condón?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Una sola vez.
8	¿En qué momentos se deben aplicar los óvulos, jaleas y las espumas anticonceptivas?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En el momento de tener relaciones ✓ No responden
9	¿En qué consiste el método del ritmo?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Calcular los días de la menstruación ✓ Tener relaciones en los días

		<p>infértiles</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hacer sin protección y en los días infértiles ✓ Con un calendario revisar la menstruación ✓ Saber cuándo se está en menos probabilidades de embarazo ✓ Se lleva un ritmo para no quedar embarazada usando el calendario ubicando los días fértiles.
10	¿En qué consiste el método del retiro?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sacar o retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación ✓ Retirar el pene cuando sienten que se va a salir el semen ✓ Retirar el pene de la vagina ✓ No responden
11	¿Después de realizar la ligadura la mujer puede volver a tener hijos?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No se pueden volver a tener hijos.
12	¿Después de la vasectomía el hombre puede volver a tener hijos?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No se pueden volver a tener hijos después de la operación ✓ Sí se puede
13	¿Cuánto tiempo después de tener una relación sexual no protegida deben tomarse las pastillas de anticoncepción de emergencia?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Después del sexo y antes de 72 horas ✓ Inmediatamente después del sexo ✓ Dentro de las 72 horas ✓ La primera a las doce horas y la segunda a las doce horas ✓ No responden

Interpretación: los datos obtenidos en el pos test referente a cómo utilizar los diferentes métodos reflejan que ya tienen más claro cómo utilizarlos, pero aun existen ciertas confusiones entre métodos como las píldoras, las pastillas de emergencia y las inyecciones.

Análisis del pre test y pos test: hay un aumento significativo en cuanto a los nuevos conocimientos referentes a los métodos anticonceptivos, pero aún existe confusión en el uso de algunos de ellos.

Cuadro 7 y 8. Percepción de los métodos anticonceptivos

Cuadro 7. Pre test

¿Consideras que el (método) es un buen método para los jóvenes?		Sí		No		No responde		¿Por qué?
No.	Ítems	F	%	F	%	F	%	Respuestas
1	Pastillas o píldoras	35	66	15	28	3	6	Sí: Para evitar embarazarse, porque es práctico, pueden prevenir alguna enfermedad. No: porque se confían, porque no te ayudan a proteger los genitales, solo es para las personas que planifican.
2	Dispositivo, DIU, aparatito	25	47	17	32	11	21	Sí: es para evitar embarazos, porque no pasa el espermatozoide, para protegerse de una enfermedad. No: puede encarnarse, dañan el cuerpo y porque son muy chicos para utilizarlo
3	Inyecciones	34	64	11	21	8	15	Sí: sirven para evitar enfermedades, para evitar embarazos. No argumentan.
4	Preservativos o condones	40	75	7	13	6	11	Sí: es el método más confiable y seguro, es más barato y práctico, no lastima, evita embarazos, evita enfermedades y embarazos.
5	Óvulos, jaleas o espumas	12	23	31	58	10	19	Evitan embarazos, y no lo conocen.
6	Ritmo, calendario, Billings o abstinencia	4	8	37	70	12	23	No lo conocen, no es bueno para la mujer, no es muy seguro.

	periódica							
7	Retiro o coito interrumpido	6	11	34	64	13	25	No: no es seguro para la mujer, no contestan.
8	Operación femenina o OTB	9	17	36	68	8	15	Ya no se embarazan las mujeres, pero solo si está bien hecha la operación, peligra la vida, están muy jóvenes.
9	Operación masculina o vasectomía	18	34	25	47	10	19	Ya no se pueden volver a tener hijos, es riesgoso, luego no funciona.
10	Pastillas de anticoncepción de emergencia	27	51	18	34	8	15	Sí: para prevenir embarazos, por si se tienen relaciones descuidadas, no afecta mucho a la mujer.
11	Otros	--	--	--	--	--	--	Ha oído hablar de parche, pero no lo conocen bien.

Interpretación: en el cuadro se puede apreciar que los adolescentes participantes afirman o creen que las pastillas o píldoras, el DIU, las inyecciones, los preservativos y la pastilla de emergencia son buenos para ellos, pero aún no pueden argumentar adecuadamente el por qué, a lo que la mayoría dice sólo que no sabe o no responde.

Cuadro 8. Pos test

¿Consideras que el (método) es un buen método para los jóvenes?		Sí		No		No responde		¿Por qué?
No.	Ítems	F	%	F	%	F	%	Respuestas
1	Pastillas o píldoras	29	54	18	33	7	13	Sí: porque evitan embarazos.
2	Dispositivo, DIU, aparatito	20	37	12	22	22	41	Sí: previene de los embarazos. Pero no están considerando los riesgos del método a su edad.
3	Inyecciones	13	24	17	32	24	44	No: por los efectos que

								provocan, no protegen de las enfermedades y no son muy seguras.
4	Preservativos o condones	29	54	3	6	22	41	Sí: Son los métodos más seguros y no causan efectos, protegen de enfermedades y de embarazos no deseados. No: porque no son 100% seguros y se pueden romper.
5	Óvulos, jaleas o espumas	4	8	23	43	27	50	Sí: evitan las infecciones. No: afectan.
6	Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica	10	19	18	33	26	48	Sí: evitan embarazos. No: no es adecuado, no es muy seguro.
7	Retiro o coito interrumpido	9	17	17	32	28	52	No: es poco seguro, se puede quedar embarazada, y los espermias pueden llegar a fecundar el óvulo.
8	Operación femenina o OTB	11	20	17	32	26	48	No: no previene de enfermedades y no están en edad para hacérsela. Sí: es efectiva para evitar embarazos pero con riesgos.
9	Operación masculina o vasectomía	14	26	13	24	27	50	Presenta los mismos resultados que la anterior.
10	Pastillas de anticoncepción de emergencia	14	26	12	22	28	52	Sí: para evitar embarazos.
11	Otros	--	--	--	--	--	--	Dicen no conocer otros, a pesar de que se explicó el implante subdérmico y el parche.

Interpretación: los datos reflejan que los ítems con mayor porcentaje en el indicador “Sí” respecto a cuáles son los métodos que consideran buenos para los adolescentes son las pastillas o píldoras anticonceptivas y los preservativos. Existe un porcentaje considerable que no responden en los ítems del 5 al 11, fueron muy pocos los que lograron formarse una concepción de estos métodos.

Análisis del pre test y pos test: los datos entre los cuadros 7 y 8 presentan que las respuestas más comunes de los participantes reflejan un cambio conceptual en cuanto a la eficacia de los métodos y cuáles son los más convenientes para ellos y él porque, pero son pocos los que alcanzaron los resultados esperados en cuanto a poder argumentar porque son buenos métodos para ellos.

Cuadro 9. Conocimiento de los cambios fisiológicos sexuales

No.	Ítems	Años		No le ha bajado		No sabe		No responde	
		F	%	F	F	%	F	%	
1	¿Cuántos años tenías cuando te bajo por primera vez tu menstruación?	20 (11-13 años)	38	0	1	2	2	4	
2	¿A qué edad eyaculaste por primera vez?	17 (11-14 años)	32	--	4	8	9	17	

Interpretación: se observa en el cuadro que las adolescentes han tenido su menarquía entre los 11 y 13 años, y los hombres su primera eyaculación entre los 11 y 14 años, pero existe cierto porcentaje de participantes que se reservan el responder tal vez por pena.

Cuadro 10. Información sobre menstruación y eyaculación

No.	Ítems	Sí		No		No sabe		No responde	
		F	%	F	%	F	F	%	
1	¿Has tenido alguna vez una eyaculación? O ¿Has tenido alguna vez salida de un líquido diferente al de la orina por el pene?	21	70	5	17	0	4	13	

2	¿Sabías algo sobre la eyaculación antes de que te ocurriera por primera vez?	19	63	5	17	--	6	20
3	¿Sabías algo de la regla o menstruación antes de que te bajara por primera vez?	21	91	2	9	--	0	0

Interpretación: de acuerdo a los datos mostrados un 70 % de los adolescentes ya han tenido una eyaculación, pero un 17% de ellos afirman que no sabían sobre la eyaculación antes de que les ocurriera por primera vez, siendo un porcentaje significativo, y las mujeres presentan la misma situación con respecto de la menstruación.

Cuadro 11. ¿Quién te ha platicado sobre la menstruación o eyaculación?

No.	Indicadores	Mujeres		Hombres	
		F	%	F	%
1	Padre	0	0	15	50
2	Madre	20	87	5	17
3	Hermanos (as)	2	9	3	10
4	Amigos (as)	1	4	4	13
5	Maestros (as)	0	0	4	13
6	Médico o enfermera	1	4	1	3
7	Otro	0	0	0	0
8	Nadie	0	0	0	0
9	N.R.	0	0	3	10

Interpretación: los datos obtenidos de la encuesta presentan que las adolescentes obtuvieron la información sobre la menstruación de madres, hermanas y en menor porcentaje de amigas y médicos o enfermeras. A diferencia de los adolescentes que la han obtenido de todas las fuentes posibles incluyendo al maestro o maestra.

Cuadro 12 y 13. ¿Cuándo crees que sea más probable que una mujer se embarace si tiene relaciones sexuales?

Cuadro 12. Pre test

No.	Indicadores	F	%
1	¿Una semana antes de que empiece su regla?	6	11
2	¿Durante su regla?	22	42
3	¿Dos semanas antes de su regla?	8	15
4	¿En cualquier día es igual?	6	11
5	No sabe	7	13
6	No responde	4	8

Interpretación: en relación a estos indicadores que conforman el ítem sobre las probabilidades de embarazo en una relación sexual, se encuentra que el mayor porcentaje cree que es más probable el embarazo durante la regla o menstruación.

Cuadro 13. Pos test

No.	Indicadores	F	%
1	¿Una semana antes de que empiece su regla?	15	28
2	¿Durante su regla?	10	19
3	¿Dos semanas antes de su regla?	7	13
4	¿En cualquier día es igual?	11	20
5	No sabe	9	17
6	No responde	2	4

Interpretación: conforme a los datos del pos test, se presenta en el cuadro un aumento del 9%, con respecto a el pre test, cuando los adolescentes afirman que un embarazo puede ocurrir en cualquier día del ciclo menstrual, pero también hubo un aumento de quienes dicen que se puede dar una semana antes de la regla.

Análisis del pre test y pos test: A pesar de los cambios conceptuales sobre de las probabilidades de un embarazo cuando se tiene una relación sexual, existe un porcentaje importante de adolescentes que aún no tienen claro los procesos reproductivos durante una relación sexual.

Cuadro 14. Relaciones sexuales

No.	Ítems	Sí		No		No responde	
		F	%	F	%	F	%
1	¿Sabes que es una relación sexual?	51	96	0	0	2	4
2	¿Has tenido alguna vez una relación sexual?	5	9	47	89	1	2

Interpretación: de acuerdo a los datos del cuadro el 96% de los alumnos conoce que es una relación sexual de los cuales el 9% es sexualmente activo o por lo menos ya ha tenido una relación sexual.

Cuadro 15 y 16. Signos y síntomas de las ETS

Cuadro 15. Pre test

¿Por qué crees que una persona puede tener un problema de este tipo? a) flujo o escurrimiento vaginal o flujo diferente al de la orina o semen, b) tener verrugas, heridas, ronchas, granitos, bolitas o llagas en vagina, ingles o pene, c) presentar ardor o dolor al orinar y d) tener comezón, ardor o molestias en los genitales?			
No.	Ítems	F	%
1	No sabe	12	23
2	Porque su pareja lo infecta	11	21
3	Porque su pareja tiene relaciones con varias parejas	4	8
4	Porque él (ella) pareja tiene relaciones con otra persona	4	8
5	Porque no usa protección en el coito	2	4
6	Por usar ropa interior ajena	4	8
7	Por usar toallas ajenas	1	2
8	Por el jabón	2	4
9	Por bañarse en albercas sucias	1	2
10	Por usar sanitarios sucios	3	6
11	Por técnicas inadecuadas de limpieza	4	8
12	Otro	1	2
13	No responde	13	25

Interpretación: los datos reflejan que los participantes desconocen sobre el tema de las enfermedades de transmisión sexual, puesto que, los mayores porcentajes se encuentran en los indicadores “No sabe”, “Porque su pareja lo infecta” y “No responden”, siendo que hay diversas formas de contagio.

Cuadro 16. Pos test

¿Por qué crees que una persona puede tener un problema de este tipo? a) flujo o escurrimiento vaginal o flujo diferente al de la orina o semen, b) tener verrugas, heridas, ronchas, granitos, bolitas o llagas en vagina, ingles o pene, c) presentar ardor o dolor al orinar y d) tener comezón, ardor o molestias en los genitales?			
No.	Ítems	F	%
1	No sabe	15	28
2	Porque su pareja lo infecta	13	24
3	Porque su pareja tiene relaciones con varias parejas	6	11
4	Porque él (ella) pareja tiene relaciones con otra persona	2	4
5	Porque no usa protección en el coito	5	9
6	Por usar ropa interior ajena	4	7
7	Por usar toallas ajenas	2	4
8	Por el jabón	3	6
9	Por bañarse en albercas sucias	4	7
10	Por usar sanitarios sucios	6	11
11	Por técnicas inadecuadas de limpieza	2	4
12	Otro	0	0
13	No responde	14	26

Interpretación: los datos que refleja el cuadro muestra un pequeño aumento en diferentes indicadores, por ejemplo, en “Porque su pareja tiene relaciones con varias parejas”.

Análisis del pre test y pos test: se puede observar que el tema de las enfermedades de transmisión sexual no es de mucho interés en los adolescentes pues no hubo un cambio significativo en los resultados y se presentan aún mitos sobre las ETS.

Cuadro 17. Enfermedades de Transmisión Sexual

¿Conoces o has oído hablar de...		Sí		No	
No.	Ítems	F	%	F	%
1	La sífilis?	24	45	29	55
2	La gonorrea?	25	47	28	53
3	La clamidia?	7	13	46	87
4	La tricomonas?	7	13	46	87
5	El herpes genital?	25	47	28	53

Interpretación: de acuerdo a los datos las enfermedades de transmisión sexual, en promedio el 46% de los participantes, de las que más han oído hablar son la sífilis, la gonorrea y el herpes genital.

Cuadro 18 y 19. Padecimiento de las ETS

Cuadro 18. Pre test

¿Las has padecido o tenido alguna vez?		Sí		No	
No.	Ítems	F	%	F	%
1	La sífilis?	0	0	53	100
2	La gonorrea?	0	0	53	100
3	La clamidia?	0	0	53	100
4	La tricomonas?	0	0	53	100
5	El herpes genital?	0	0	53	100

Cuadro 19. Pos test

¿Las has padecido o tenido alguna vez?		Sí		No	
No.	Ítems	F	%	F	%
1	La sífilis?	0	0	54	100
2	La gonorrea?	0	0	54	100
3	La clamidia?	0	0	54	100
4	La tricomonas?	0	0	54	100
5	El herpes genital?	0	0	54	100

Interpretación: los datos de los cuadros 18 y 19 muestran que ningún adolescente padece de alguna ETS.

Cuadro 20. SIDA

		Sí		No		No responde	
No.	Ítems	F	%	F	%	F	%
1	¿Has oído hablar del SIDA?	47	89	3	6	3	6
2	¿Has pensado alguna vez en hacerte la prueba del SIDA?	13	25	36	68	4	8

Interpretación: los adolescentes afirman que en un 89% sí han oído hablar sobre el SIDA, pero el 25% que asegura que han pensado hacerse la prueba del SIDA

son aquellos que han iniciado una vida sexual activa, en relación con los datos presentados en el cuadro 14.

Cuadros 21 y 22. ¿Cómo se adquiere el SIDA?

Cuadro 21. Pre test

No.	Ítems	F	%
1	Por contacto sexual	33	62
2	Por transfusión de sangre	13	25
3	Por usar agujas y/o jeringas sin esterilizar	15	28
4	Por usar baños públicos	5	9
5	Por contacto diario con una persona con SIDA	3	6
6	A través del aire	1	2
7	En albercas	2	4
8	Por un piquete de mosco	3	6
9	Durante el embarazo si la madre está enferma de SIDA	12	23
10	Otro	0	0
11	No sabe	1	2
12	No responde	4	8

Interpretación: el reactivo con más porcentaje referente a como se adquiere el sida es “Por contacto sexual” y pocos también refirieron que “transfusión de sangre”, “Por usar agujas sin esterilizar” y “Durante el embarazo si la madre está enferma de SIDA”.

Cuadro 22. Pos test

No.	Ítems	F	%
1	Por contacto sexual	39	72
2	Por transfusión de sangre	15	28
3	Por usar agujas y/o jeringas sin esterilizar	13	24
4	Por usar baños públicos	5	9
5	Por contacto diario con una persona con SIDA	10	19
6	A través del aire	0	0
7	En albercas	0	0
8	Por un piquete de mosco	2	4
9	Durante el embarazo si la madre está enferma de SIDA	13	24
10	Otro	0	0

11	No sabe	1	2
12	No responde	10	19

Interpretación: hay una consistencia en cuanto a los porcentajes de los indicadores 1, 2, 3 y 9, en relación con el cuadro 21, pero hubo una disminución importante en los indicadores 6, 7 y 8.

Análisis del pre test y pos test: se puede inferir conforme a los resultados de los cuadros 21 y 22, que hubo una disminución importante de los mitos sobre las formas de contagio del SIDA.

Cuadro 23 y 24. Medidas de prevención de las ETS

Cuadro 23. Pre test

¿Qué puede hacer una persona para evitar el contagio de una enfermedad por relaciones sexuales?			
No.	Ítems	F	%
1	Usar condón	29	55
2	Usar óvulos o tabletas	2	4
3	Tener relaciones sexuales solo con su pareja	5	9
4	Pedirle fidelidad a su pareja	1	2
5	No tener relaciones sexuales	2	4
6	No tener relaciones sexuales con personas infectadas	8	15
7	No sabe cómo evitar el contagio	2	4
8	No sabe de enfermedades de transmisión sexual	2	4
9	Otro	0	0
10	No responde	6	11

Interpretación: el indicador que presenta más porcentaje es “Usar condón” como medida para evitar el contagio de una ETS, respecto del cuadro.

Cuadro 24. Pos test

¿Qué puede hacer una persona para evitar el contagio de una enfermedad por relaciones sexuales?			
No.	Ítems	F	%
1	Usar condón	35	65
2	Usar óvulos o tabletas	3	6
3	Tener relaciones sexuales solo con su pareja	10	19
4	Pedirle fidelidad a su pareja	5	9
5	No tener relaciones sexuales	5	9
6	No tener relaciones sexuales con personas infectadas	7	13
7	No sabe cómo evitar el contagio	0	0
8	No sabe de enfermedades de transmisión sexual	4	7
9	Otro	0	0
10	No responde	14	26

Interpretación: en relación con los datos obtenidos en el cuadro se presenta que aumentaron los porcentajes en los indicadores 1, 3, 4, 5, 6.

Análisis del pre test y pos test: los datos obtenidos entre los cuadros 23 y 24, presentan que más adolescentes adquirieron los conocimientos respecto a cómo protegerse y no contraer ETS, específicamente el SIDA.

CONCLUSIONES

La adolescencia es la etapa por la que los individuos pasan de la infancia a la adultez, en nuestra cultura la adolescencia es vista como un problema o etapa de crisis por que se enfrentan a conflictos emocionales y conductuales. Erikson la define como la etapa de búsqueda y crisis o conflicto de su identidad yoica.

Este periodo según Erikson, se inicia con la combinación del crecimiento rápido y de la madurez psicosexual con la influencia sociocultural, donde se busca una identificación afectiva, cognitiva y comportamental con aquellos con los que puede establecer relaciones autodefinitorias superando su confusión de roles.

Las conductas de los adolescentes en muchas ocasiones son producto de diferentes factores de intervención dentro de su familia, fracturando la relación con sus padres perdiendo la comunicación, por eso buscan relacionarse con sus iguales o personas que poseen las mismas situaciones que ellos.

De acuerdo con López (1996), vivir durante la adolescencia en un ambiente familiar problemático, con poco nivel socioeconómico, que proporcione poco apoyo emocional y no ofrezca confianza para hablar de sexualidad y anticoncepción favorece, pero no determina, un riesgo importante para la sexualidad saludable y responsable, y como una consecuencia un embarazo no deseado.

En el caso de los participantes, en el programa de intervención, se encontraron las características anteriores en la identificación de necesidades que fue reafirmada en el pre test, al presentarse una falta de información y orientación por parte de su entorno familiar, hacia los adolescentes, tanto en mujeres y hombres, por que no sabían nada de la menstruación y la eyaculación antes de que les ocurriera por primera vez.

Los resultados permiten conocer los conocimientos que los alumnos tienen en la actualidad, y permiten confirmar que existen avances en la información que los adolescentes han adquirido, durante la intervención, sobre los riesgos de un embarazo no planeado y de las ETS, al igual que de los diferentes recursos preventivos, especialmente sobre los preservativos masculino y femenino, y las pastillas o píldoras anticonceptivas.

A pesar de ello, se marcan aspectos de suma relevancia, como al constatar que los adolescentes desconocen y confunden algunas nociones muy elementales de educación sexual, que están incluidas en los contenidos, pero cuya aptitud, al momento de transferirse o de ser retenidos por los adolescentes, son deficientes, dado

que existen diferencias entre haber oído hablar de los métodos anticonceptivos y saber su funcionamiento, decir que métodos son convenientes para los jóvenes y más aún no fundamentan el por qué.

Existe el conocimiento, según el pos test, sobre el funcionamiento del método del ritmo o calendario, pero se observó durante la séptima sesión que les cuesta trabajo llevarlo a la práctica.

Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual, aún es deficiente el conocimiento respecto a los signos y síntomas de estas enfermedades, pero tiene una noción de cómo cuidarse, para evitar futuros contagios.

Durante las sesiones de intervención se pudo confirmar que los hombres preguntan o se preocupan más por las posibilidades de contagio de las enfermedades de transmisión sexual.

Referente a las etapas de asimilación que se llevaron a cabo durante las trece sesiones, la mitad de los participantes presentaron mayor interés y motivación en la etapa explicativa y materializada al tener una participación más activa que disminuyó considerablemente en las siguientes etapas.

Al pasar a la etapa materializada, verbal externa y verbal interna la otra mitad tuvo un cambio de conducta, no sólo al participar activamente sino creativamente aportando ideas positivas y trabajando cooperativamente.

En las diferencias que se dieron en las etapas de asimilación planeadas, se observó que las últimas tres etapas se dio un diálogo amplio y flexible con los alumnos, propiciando un ambiente de confianza, respeto y comprensión sobre los temas y su estado emocional, lo que ayudo a mejorar su conducta en la clase y una mejor asimilación de los nuevos conocimientos.

Y los que participaron en la etapa explicativa y materializada no trabajaban cooperativamente y fueron muy pocos los que adquirieron los conocimientos.

Con esto se confirma la concepción de Erikson sobre el desarrollo de la personalidad, donde menciona que al individuo a medida que va pasando por las diferentes etapas lo que va desarrollando es su conciencia por mediación de la interacción social y está en continuo desarrollo a lo largo de la vida.

De forma general, los alumnos, mostraron un pensamiento más crítico y libre de prejuicios, y podían opinar y preguntar más abiertamente sin pena, mostrando especial interés respecto a los temas de sexo seguro, la virginidad y los mitos sobre el ejercicio de la sexualidad; donde se favoreció para obtener satisfactoriamente uno de los objetivos específicos.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Uno de los alcances más favorables fue que se logró un diálogo amplio y flexible con los alumnos respecto a las inquietudes sobre su sexualidad y la manera en cómo se relacionan con sus pares del mismo sexo u opuesto, aún con las limitaciones de tiempo.

Otro aspecto fue que algunos alumnos “conflictivos” y que los maestros casi no toman en cuenta, se sintieron en confianza y comprendidos para poder expresarse, lo que ayudo a mejorar su conducta en la clase.

La limitación más importante que se presentó fue por motivo de los horarios que se asignaron por parte de los responsables de la Institución; donde sólo era una clase a la semana de 50 minutos, para cada grupo, lo que llevó a que se alargara el tiempo de la intervención.

Un efecto de la falta de tiempo, fue que las clases eran a la primera hora, y al momento de la entrada formaban a los alumnos y hasta que no siguieran las indicaciones no los pasaban a su salón, eso hacía que hubiera menos tiempo para la sesión, por lo que hubo sesiones que abarcaron dos clases.

Otra de las limitaciones que se presentaron al principio del taller, fue que no todos los alumnos (en su mayoría mujeres) se sentían con la confianza de hacer preguntas o participar activamente por que les daba pena, pero esto fue disminuyendo en el transcurso del tiempo.

De igual manera, en una de las sesiones se planeó la proyección de un video, pero debido al tiempo se editó para sólo poder proyectar las ideas centrales; así mismo aunque se avisó con tiempo a las autoridades de la Secundaria, la Directora pidió se le mostrará que video era, para permitir su proyección.

Una limitante importante fue en la sesión de los métodos anticonceptivos, donde se pretendía llevar físicamente cada uno de los métodos, pero son muy costosos y no en todas las farmacias se pueden conseguir, pues algunos son bajo prescripción médica, como el DIU o el Implante Subdérmico, las pastillas, las inyecciones y el parche; así que se consiguió en el Centro de Salud folletos que ilustraban cada uno con su explicación respectivamente.

SUGERENCIAS

Es imprescindible intensificar en la población adolescente una cultura de protección al cuerpo que no sea obstaculizada por los tabúes sexuales y los roles de género, como sucedió en el proceso de la intervención donde se les hizo la recomendación, que si ya era sexualmente activos, o tenían una pareja con la que sintieran o han pensado que en algún momento pueda darse el coito, portaran consigo un condón. A lo que ellos respondieron, que no podían hacerlo pues en la escuela les revisaban las mochilas y si les encontraban condones se los quitaban y mandaban llamar a su tutor.

Tomando muy en cuenta que los adolescentes quieren experimentar, preguntar y compartir, esto nos exige fungir como un “educador sexual” que de respuestas con confianza y libertad, libres de prejuicios, con la finalidad de orientarlos.

Si bien es cierto, que existe mucha información disponible en diferentes medios y lugares, pero alguna puede ser incompleta y contradictoria. Tanto psicólogos, educadores y familiares, tienen la obligación de orientar a los adolescentes con respecto de un embarazo, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, y aún más importante, sus derechos sexuales. En el caso de que no sé este preparado para ello, también se puede dar la información de lugares seguros donde se puede acudir.

Por ello, es importante no dejar de mencionar a los adolescentes las características de los servicios especializados para su atención como son: dirección, horarios, costos, etc. para facilitar el acceso a los servicios que tengan estrategias educativo – preventivas que complementen el uso de los recursos anticonceptivos. Es igualmente importante invitar a los jóvenes a buscar información complementaria, de preferencia, con gente profesional.

Se sugiere que se tome en cuenta que sean grupos reducidos para poder establecer mejor comunicación hacia los alumnos y ellos estén más atentos a las actividades, puesto que como se menciono anteriormente dentro de los grupos hay en su mayoría alumnos “conflictivos” que alteran o modifican el rendimiento académico de todo el grupo de clase.

Igualmente se deben tomar en cuenta las características psicológicas y socioculturales de los alumnos, puesto que el programa de intervención debe adaptarse a los participantes y no ellos a la intervención, así los alumnos relacionan más la información presentada con experiencias que viven en su entorno social. Además ayuda a que los alumnos se sientan importantes para que participen mejor activamente en las diversas actividades de la intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ariza, C., Cesari, M. D., Gabriel, M., y Galan. (1991). *Programa integrado de pedagogía sexual en la escuela*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones .
- Berck, L. E. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall Iberia.
- Bordignon, N. A. (2005). *El desarrollo psicosocial de Eric Erickson. El Diagrama epigenético del adulto*. *Revista Lasallista de Investigación* , 50 - 63.
- CEPAL, CELADE, y FNUAP. (2000). *Juventud, población y desarrollo en América latina y el Caribe. Problemas, oportunidades y desafíos*. Santiago de Chile: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Díaz, A., Sugg, C., y Valenzuela, M. (2004). *Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa*. *Sogía* , 11 (3), 79 - 83.
- Font, P. (1990). *Pedagogía de la sexualidad*. España: Graó
- Franco, J. A. (2009). *Sexo y sexualidad en el siglo XXI: abordaje integral para profesionales, docentes y estudiantes*. Buenos Aires: Polemos.
- Geografía, I. N. (2010). *Tasa de fecundidad de adolescentes de 15 a 19 años* (Archivo de datos). Recuperado el 18 de Octubre de 2011, de <http://www2.inegi.org.mx/sistemas/mapatematicomexicocifras3d/default.aspx?e=0&mun=0&sec=M&ind=3107003001&ani=2010&src=0>
- Guía juvenil. (2008). *México registra altos porcentajes de embarazos en adolescentes*. Recuperado el 09 de Marzo de 2011, disponible en: http://guiajuvenil.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=104
- Hernández S., R. (2008). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Issler, J. R. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de posgrado de la cátedra Vía de Medicina* (107), 11 - 23.
- Juárez, F., y Gayet, C. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. (045), 177 - 219.
- León, O. G. y Montero, I. (1997). *Diseño de investigaciones: Introducción a la lógica de investigación en Psicología y Educación*. España: Mc Graw Hill.
- López, S. F. (1996). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores.
- Mondragón C., H. L. (1999). *Manual de educación sexual. conocimientos básicos en la salud sexual. Una respuesta a las dudas que surgen en los niños y adolescentes sobre su sexualidad* . México D.F.: Bibliomed.

- Pérez Fernández, C. J. (1994). *Antología de la sexualidad humana III*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Pierre D., J. (1979). *Embarazo y maternidad en la adolescencia* . Barcelona: Editorial Herder.
- Sanchez, C. (1995). *Diccionario de las Ciencias de la Educación*. México D.F.: Santillana.
- Rodriguez G., M. D. (2008). Factores de riesgo para embarazo adolescente. *Redalyc* , 27 (1), 47 - 58.
- Salud, S. (1999). *Evaluación del Programa de salud Reproductiva para adolescentes*. México: Dirección General de Salud Reproductiva.
- Stern, C. (2008). *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva* . México: Colegio De México.
- Talizina, N. (1994). *La teoría de la actividad de estudio, como base de la didáctica en la educación superior*. Rusia: Colección Universidad Y Conocimiento.

ANNEX

Anexo 1

ENTREVISTA A LOS DIRECTIVOS Y DOCENTES DE LA ESCUELA SECUNDARIA

Para el proceso de investigación referente al tema de embarazo adolescente, se requiere saber las características y condiciones familiares de los estudiantes de manera general para tener un panorama de la población de estudio. Sus opiniones son importantes para valorar el desarrollo posterior de la intervención psicopedagógica a los alumnos de segundo grado.

Le pedimos contestar las siguientes preguntas:

Nota: en caso de ser profesor de otra asignatura o directivo, proporcionar información del alumnado en general.

1. ¿Dispone de información sobre sus estudiantes y familias?

2. Si trabaja en el turno matutino y turno vespertino, ¿cómo describe a los alumnos del turno vespertino a diferencia del turno matutino?

3. ¿Cuál es el aprovechamiento académico general de su grupo?

4. ¿Los estudiantes que logran buenos niveles de aprendizaje, como cree que lo consiguen?

5. ¿Y los estudiantes que no lo consiguen?

Con respecto a la situación familiar de los alumnos,

6. ¿Cuál es su relación con las familias o allegados de sus alumnos?

7. ¿Cuál es el grado de participación de las familias en las actividades de la institución y de su clase?

8. ¿Qué recomendaciones ofrece a las familias para que apoyen el aprendizaje de sus hijos?

9. En referencia en lo anterior, ¿Podría definir a su grupo de alumnos, que características presentan, cómo está compuesto?

Gracias por su tiempo y atención.

Nombre y cargo del entrevistado: _____

Fecha de recepción: _____

Anexo 2

PRE – TEST. CUESTIONARIO INDIVIDUAL PARA ADOLESCENTES

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 día mes
 año

Sexo: F () M () Entidad Federativa: _____

Municipio o Delegación: _____ Grado escolar: _____

NOTA: LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONES SERÁ ANONIMA Y SOLO PARA FINES ESTADÍSTICOS.

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas marcando con una “X” la opción que consideres correcta.

I) FECUNDIDAD E IDEALES REPRODUCTIVOS

1.1 ¿Has estado alguna vez embarazada? O ¿Has embarazado a una mujer alguna vez?	Sí ()1 No ().....2 No sabe ().....3 NR ()4
1.2 ¿Alguno de esos embarazos término en pérdida o aborto?	Sí ()1 No ()2 No sabe ().....3 NR ()4
1.3 ¿Actualmente estas embarazada? O ¿tu pareja está actualmente embarazada?	Sí ()1 No ()2 No tiene pareja ()3 No sabe ().....4 NR ()5

III) EXPOSICIÓN AL RIESGO DE CONCEBIR

3.1 FILTRO: SEXO DEL ENTREVISTADO	Hombre ().....1 Mujer ()2
3.2 ¿Cuántos años tenías cuando te bajo por primera vez tu menstruación?	Años _____1 No le ha bajado ()2 No sabe ()3 NR ()4
3.3 ¿Sabías algo de la regla o menstruación antes de que te bajara por primera vez?	Sí ()1 No ()2 NR ()3
3.4 ¿Quién te ha platicado de la regla o menstruación? (anote todas las respuestas)	Padre ().....1 Madre ().....2 Hermana (s) ()3 Amigas ()4 Maestro(a)()5 Médico o enfermera: ()6 Otro (especifique)()7 Nadie ()8 NR ()9
3.5 ¿Has tenido alguna vez una eyaculación? SI NO SE ENTIENDE LA PREGUNTA : ¿Has tenido alguna vez salida de un líquido diferente al de la orina por el pene?	Sí ()1 No ()2 No sabe ()3 NR ()4
3.6 ¿A qué edad eyaculaste por primera vez?	Años _____1 No sabe ()2 NR ()3
3.7 ¿Sabías algo sobre la eyaculación antes de que te ocurriera por primera vez?	Sí ()1 No ()2 NR ()3
3.8 ¿Quién te había hablado sobre	Padre ()1

<p>la eyaculación?</p> <p>(anote todas las respuestas)</p>	<p>Madre ().....2</p> <p>Hermano(s) ().....3</p> <p>Amigos ().....4</p> <p>Maestro(a)().....5</p> <p>Médico o enfermera: ().....6</p> <p>Otro (especifique)().....7</p> <p>Nadie ().....8</p> <p>NR ().....9</p>
<p>3.9 ¿Cuándo crees que sea más probable que una mujer se embarace si tiene relaciones sexuales?</p>	<p>¿Una semana antes de que empiece su regla? ()..... 1</p> <p>¿Durante su regla? ()..... 2</p> <p>¿Dos semanas antes de que empiece su regla? ().....3</p> <p>¿En cualquier día es igual?().....4</p> <p>No sabe ().....5</p> <p>NR ().....6</p>
<p>3.10 ¿Sabes qué es una relación sexual?</p>	<p>Sí ().....1</p> <p>No().....2</p> <p>NR ().....3</p>
<p>3.11 ¿Has tenido alguna vez una relación sexual?</p>	<p>Sí ().....1</p> <p>No().....2</p> <p>NR ().....3</p>
<p>3.12 ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?</p>	<p>Edad _____.....1</p> <p>Nunca ha tenido ().....2</p> <p>NR ().....3</p>
<p>3.13 ¿Qué relación tenías con la persona con la que tuviste tu primera relación sexual?</p>	<p>Un (a) familiar (especifique)_____.....1</p> <p>Un (a) conocido (a)().....2</p> <p>Un (a) amigo (a)().....3</p> <p>Novio (a) ().....4</p> <p>Prometido(a) ().....5</p> <p>Esposo (a)().....6</p> <p>Compañero (a)().....7</p> <p>Prostituta ().....8</p> <p>Ninguna ().....9</p>

	Otro (especifique)..... 10 Violación ()..... 11 NR ()..... 12
3.14 ¿Qué edad tenía la persona con quién tuviste relaciones sexuales la primera vez?	Años1 No sabe ().....2 NR ().....3
3.15 ¿Tú o tu compañero (a) hicieron algo para no embarazarse en esa primera relación sexual?	Sí ().....1 No()2 No sabe ().....3 NR ()4
3.16 ¿Qué hicieron? (circule todas las que mencione)	Pastillas().....1 Pastillas de anticoncepción de emergencia().....2 Inyecciones().....3 Dispositivo().....4 Condomes().....5 Óvulos, jaleas, espumas().....6 Ritmo().....7 Retiro().....8 Otro (especifique)().....9 NR ().....10
3.17 ¿Dónde obtuvieron el método? (circule solo una opción)	IMSS Ordinario().....1 IMSS Solidaridad (rural)().....2 SSA.....3 ISSSTE ().....4 DIF ().....5 Otra institución del gobierno ().....6 MEXFAM ().....7 Farmacia ().....8 Consultorio, Clínica u Hospital Privado ().....9 Tienda ().....10 Partera ().....11 Otro (especifique).....12 NR ().....13

<p>3.18 ¿Quién decidió usar el (método) durante la primera relación sexual?</p>	<p>Ella ().....1 Él ().....2 Ambos ().....3 NR ().....4</p>
<p>3.19 ¿Cuál fue la razón principal por la cual no hiciste (o usaste) nada en tu primera relación sexual para no quedar embarazada o para no embarazar a tu pareja?</p> <p>(circule solo una opción)</p>	<p>No planeaba tener relaciones sexuales ()1 No se atrevió a decirle a su pareja ().....2 Pensó que no se podía embarazar (su pareja) ()3 No tenía dinero ().....4 No se atrevió a conseguir un método Anticonceptivo ().....5 No está de acuerdo en usar métodos anticonceptivos ().....6 Su pareja se opone ().....7 Su religión se opone ().....8 No conoce métodos ().....9 No sabe cómo se usan ().....10 No sabe donde se consiguen los métodos ()11 Deseaba embarazarse ()12 Temor a efectos colaterales ().....13 Otro (especifique)()14 NR ()15</p>
<p>3.20 ¿Has tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses?</p>	<p>Sí ().....1 No ().....2 NR ().....3</p>
<p>3.21 En los últimos tres meses. ¿Con cuántas personas diferentes has tenido relaciones sexuales?</p>	<p>Números de personas1 NR ().....2</p>
<p>3.22 ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales en los últimos</p>	<p>Número de veces1 No sabe ().....2</p>

meses?	NR ().....3
3.23 Durante toda tu vida, ¿Con cuántas personas diferentes has tenido relaciones sexuales?	Número de personas _____1 No sabe ().....2 NR ().....3
3.24 La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿tú o tu pareja hicieron algo para evitar un embarazo?	Sí ().....1 No ().....2 No sabe ().....3 NR ().....4
3.25 ¿Qué hicieron para evitar un embarazo? (circule todas las que mencione)	Pastillas ().....1 Pastillas de anticoncepción de emergencia ()...2 Inyecciones ().....3 Dispositivo ().....4 Condomes ().....5 Óvulos, jaleas, espumas()6 Ritmo ().....7 Retiro ().....8 Otro (especifique)().....9 NR ().....10

IV) INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

4.1 ¿Por qué crees que una persona puede tener un problema de este tipo?	No sabe ()1
a) Flujo o escurrimiento vaginal (transparente, blanco, amarillo, verde o café; malo olor, con comezón o ardor, dolor de vientre; provoca dolor o sangrado al tener relaciones)	Por que su pareja lo infecta ().....2 Por que su pareja tiene relaciones con varias parejas ()3 Por que él (ella) pareja tiene relaciones con otra persona ()4
b) Tener verrugas, heridas, ronchas, granitos, bolitas o llagas en la vagina (por dentro, por fuera, alrededor), en las ingles, o el pene.	Por que no usa proteccion en el coito ()5 Por usar ropa interior ajena ().....6
c) Presentar ardor o dolor al orinar	Por usas toallas ajenas ().....7
d) Tener comezón (picazón) ardor o molestias en el pene o durante la relación sexual.	Por el jabon ()8
e) Salida o escurrimiento de flujo diferente a la	Por bañarse en albercas sucias ()9

orina o el semen (moco verde o amarillo, mal olor). (circule todas las que mencione)	Por usar sanitarios sucios ()10 Por técnicas inadecuadas de limpieza ()11 Otro (especifique)12																		
4.2 ¿Conoces o has oído hablar de ... (lea todas las opciones y circule el código correspondiente)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>La sífilis?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>La gonorrea?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>La clamidia?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>La tricomonas?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>El herpes genital?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	La sífilis?	1	2	La gonorrea?	1	2	La clamidia?	1	2	La tricomonas?	1	2	El herpes genital?	1	2
	Sí	No																	
La sífilis?	1	2																	
La gonorrea?	1	2																	
La clamidia?	1	2																	
La tricomonas?	1	2																	
El herpes genital?	1	2																	
Para cada “sí” en preguntas 4.2 pregunte:																			
4.3 ¿Las has padecido o (tenido) alguna vez? <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>La sífilis?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>La gonorrea?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>La clamidia?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>La tricomonas?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>El herpes genital?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>			Sí	No	La sífilis?	1	2	La gonorrea?	1	2	La clamidia?	1	2	La tricomonas?	1	2	El herpes genital?	1	2
	Sí	No																	
La sífilis?	1	2																	
La gonorrea?	1	2																	
La clamidia?	1	2																	
La tricomonas?	1	2																	
El herpes genital?	1	2																	
4.4 ¿Has oído hablar del SIDA?	Sí ().....1 No ().....2 NR ().....3																		
4.5 ¿Cómo se adquiere el SIDA? (circule todas las que mencione)	Por contacto sexual ().....1 Por transfusión de sangre ().....2 Por usar agujas y/o jeringas sin esterilizar ().....3 Por usar baños públicos ().....4 Por contacto diario con una persona con SIDA().....5 A través del aire ().....6 En albercas ()7 Por un piquete de mosquito ().....8 Durante el embarazo si la madre está enferma de SIDA ()9 Otro (especifique)()10																		

	No sabe ()11 NR ()12
4.6 ¿Has pensado alguna vez en hacerte la prueba del SIDA?	Sí ().....1 No ().....2 NR ().....3
4.7 ¿Qué puede hacer una persona para evitar el contagio de una enfermedad por relaciones sexuales? (circule todas las que mencione)	Usar condón ()1 Usar óvulos o tabletas ().....2 Tener relaciones sexuales solo con su pareja ()3 Pedirle fidelidad a su pareja ().....4 No tener relaciones sexuales ()...5 No tener relaciones sexuales con personas infectadas ()6 No sabe cómo evitar el contagio ()7 No sabe de enfermedades de transmisión sexual ().....8 Otro (especifique)9 NR ()10
4.8 ¿Usas el condón o preservativo para prevenir el SIDA o alguna otra enfermedad de transmisión sexual?	Sí ()1 No ().....2 A veces ()3 NR ()4

Fuente: Fundación Mexicana para la Planeación, A.C. (Mexfam), “Encuesta Gente Joven”, 1999 y 2002.

II. CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

2.1 ¿Has oído hablar de los métodos anticonceptivos? Si () continúe No ().... Pase al apartado 3.1			
2.2. ¿Me podrías decir de qué medios o métodos has oído hablar?	Ver pregunta 2.2 No.... Siguiendo método Si.... 2.3 ¿Me podrías decir...		2.4 ¿Consideras que el (método) es un buen método para los jóvenes Pregunte en ambos casos 2.5 ¿Por qué?
a) Pastillas o píldoras	Sí (espontáneamente) ()..... 1 Si (con ayuda)()..... 2 No ()..... 3	2.3 a) ¿Cada cuándo se debe tomar cada pastilla anticonceptiva? _____ _____ 2.3 b) ¿Qué se debe hacer si se olvida tomar una pastilla anticonceptiva? _____ _____ _____	Sí ().....1 No ()..... 2 _____ _____ _____
b) Dispositivo, DIU, aparatito	Sí (espontáneamente) ()..... 1 Sí (con ayuda)()..... 2 No ().....3	2.3 c) ¿En qué parte del cuerpo se debe colocar el DIU? _____ _____ 2.3 d) ¿Quién coloca el DIU? _____ _____	Sí ().....1 No ().....2 _____ _____ _____

<p>c) Inyecciones</p>	<p>Sí (espontáneamente)().....1 Sí (con ayuda)().....2 No ()..... 3</p>	<p>2.3 e) ¿Cada cuándo se deben aplicar las inyecciones anticonceptivas?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí ().....1 No ().....2</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>d) Preservativos o condones</p>	<p>Sí (espontáneamente)().....1 Sí (con ayuda)().....2 No ().....3</p>	<p>2.3 f) ¿En dónde se coloca un condón?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2.3 g) ¿Cuántas veces se puede utilizar un mismo condón?</p> <p>_____ veces</p>	<p>Sí ().....1 No ().....2</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>e) Óvulos, jaleas o espumas</p>	<p>Sí (espontáneamente) ().....1 Sí (con ayuda)().....2 No ().....3</p>	<p>2.3 h) ¿En qué momentos se deben aplicar los óvulos, las jaleas y las espumas anticonceptivas?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí ().....1 No ().....2</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>f) Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica</p>	<p>Sí (espontáneamente)().....1 Sí (con ayuda) ().....2 No ().....3</p>	<p>2.3 i) ¿En qué consiste el método del ritmo? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí ().....1 No ().....2</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

g) Retiro o coito interrumpido	Sí (espontáneamente)().....1 Sí (con ayuda)()..... 2 No ().....3	2.3 j) ¿En qué consiste el método del retiro? _____ _____ _____	Sí ().....1 No ().....2 _____ _____ _____
h) Operación femenina o OTB	Sí (espontáneamente)().....1 Sí (con ayuda)()..... 2 No ().....3	2.3 k) ¿Después de realizar la ligadura la mujer puede volver a tener hijos? _____ _____	Sí ().....1 No ().....2 _____ _____ _____
i) Operación masculina o vasectomía	Sí (espontáneamente)().....1 Sí (con ayuda) ()..... 2 No ()..... 3	2.3 l) ¿Después de la vasectomía el hombre puede volver a tener hijos? _____ _____	Sí ().....1 No ().....2 _____ _____ _____

j) Pastillas de anticoncepción de emergencia	Sí (espontáneamente)()..... 1 Sí (con ayuda)()..... 2 No ().....3	2.3 m) ¿Cuánto tiempo después de tener una relación sexual no protegida deben tomarse las pastillas de anticoncepción de emergencia? _____ _____ _____	Sí ().....1 No ().....2 _____ _____ _____
k) Otros (especifique) _____ _____ _____	Sí (espontáneamente)().....1 Sí (con ayuda) ()..... 2 No ()..... 3		

II) CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

2.1. Métodos anticonceptivos	Ver pregunta 2.1 No.... Siguiente método Sí.... 2.2 ¿Me podrías decir...	2.3 ¿Consideras que el (método) es un buen método para los jóvenes? Pregunte en ambos casos 2.4 ¿Por qué?
a) Pastillas o píldoras	<p>2.3 a) ¿Cada cuándo se debe tomar cada pastilla anticonceptiva?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2.3 b) ¿Qué se debe hacer si se olvida tomar una pastilla anticonceptiva?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí ()..... 1</p> <p>No ()..... 2</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
b) Dispositivo, DIU, aparatito	<p>2.3 c) ¿En qué parte del cuerpo se debe colocar el DIU?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2.3 d) ¿Quién coloca el DIU?</p> <p>_____</p>	<p>Sí ()..... 1</p> <p>No ().....2</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
c) Inyecciones	<p>2.3 e) ¿Cada cuándo se deben aplicar las inyecciones anticonceptivas?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí ()..... 1</p> <p>No ()..... 2</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>d) Preservativos o condones</p>	<p>2.3 f) ¿En dónde se coloca un condón?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2.3 g) ¿Cuántas veces se puede utilizar un mismo condón?</p> <p>_____ veces</p>	<p>Sí ().....1</p> <p>No ().....2</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>e) Óvulos, jaleas o espumas</p>	<p>2.3 h) ¿En qué momentos se deben aplicar los óvulos, las jaleas y las espumas anticonceptivas?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí ().....1</p> <p>No ().....2</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>f) Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica</p>	<p>2.3 i) ¿En qué consiste el método del ritmo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí ().....1</p> <p>No ().....2</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>g) Retiro o coito interrumpido</p>	<p>2.3 j) ¿En qué consiste el método del retiro?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí ().....1</p> <p>No ().....2</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>h) Operación femenina o OTB</p>	<p>2.3 k) ¿Después de realizar la ligadura la mujer puede volver a tener hijos?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí ().....1</p> <p>No ().....2</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

i) Operación masculina o vasectomía	2.3 l) ¿Después de la vasectomía el hombre puede volver a tener hijos? _____ _____ _____	Sí ().....1 No ().....2 _____ _____ _____
j) Pastillas de anticoncepción de emergencia	2.3 m) ¿Cuánto tiempo después de tener una relación sexual no protegida deben tomarse las pastillas de anticoncepción de emergencia? _____ _____ _____ _____ _____ _____	Sí ().....1 No ().....2 _____ _____ _____
k) Otros (especifique) _____ _____ _____	2.3 n) ¿En qué consiste? _____ _____ _____ _____ _____	Sí ().....1 No ().....2 _____ _____ _____

III) EXPOSICIÓN AL RIESGO DE CONCEBIR

3.1 FILTRO: SEXO DEL ENTREVISTADO	Hombre ().....1 Mujer ().....2
3.2 ¿Cuándo crees que sea más probable que una mujer se embarace si tiene relaciones sexuales?	¿Una semana antes de que empiece su regla?().....1 ¿Durante su regla? ().....2 ¿Dos semanas antes de que empiece su regla? ()...3 ¿En cualquier día es igual? ().....4 No sabe ().....5 NR ().....6
3.3 ¿Has tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses?	Sí ().....1 No ().....2 NR ().....3
3.4 En los últimos tres meses. ¿Con cuántas personas diferentes has tenido relaciones sexuales?	Números de personas1 NR ().....2
3.5 ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales en los últimos meses?	Número de veces1 No sabe ().....2 NR ().....3
3.6 La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿tú o tu pareja hicieron algo para evitar un embarazo?	Sí ().....1 No ().....2 No sabe ().....3 NR ().....4
3.7 ¿Qué hicieron para evitar un embarazo? (circule todas las que mencione)	Pastillas ().....1 Pastillas de anticoncepción de emergencia ().....2 Inyecciones ().....3 Dispositivo ().....4 Condones ().....5 Óvulos, jaleas, espumas().....6 Ritmo ().....7 Retiro ().....8 Otro (especifique)().....9 NR ().....10

IV) INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

<p>4.1 ¿Por qué crees que una persona puede tener un problema de este tipo?</p> <p>a) Flujo o escurrimiento vaginal (transparente, blanco, amarillo, verde o café; malo olor, con comezón o ardor, dolor de vientre; provoca dolor o sangrado al tener relaciones)</p> <p>b) Tener verrugas, heridas, ronchas, granitos, bolitas o llagas en la vagina (por dentro, por fuera, alrededor), en las ingles, o el pene.</p> <p>c) Presentar ardor o dolor al orinar</p> <p>d) Tener comezón (picazón) ardor o molestias en el pene o durante la relación sexual.</p> <p>e) Salida o escurrimiento de flujo diferente a la orina o el semen (moco verde o amarillo, mal olor).</p> <p>(circule todas las que mencione)</p>	<p>No sabe ()1</p> <p>Por que su pareja lo infecta ().....2</p> <p>Por que su pareja tiene relaciones con varias parejas ()3</p> <p>Por que él (ella) pareja tiene relaciones con otra persona ()4</p> <p>Por que no usa proteccion en el coito ()5</p> <p>Por usar ropa interior ajena ()6</p> <p>Por usas toallas ajenas ().....7</p> <p>Por el jabon ()8</p> <p>Por bañarse en albercas sucias ()9</p> <p>Por usar sanitarios sucios ()10</p> <p>Por técnicas inadecuadas de limpieza ()11</p> <p>Otro (especifique) _____..... 12</p> <p>NR ().....13</p>																		
<p>4.2 ¿Las has padecido o (tenido) alguna vez?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>La sífilis?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>La gonorrea?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>La clamidia?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>La tricomonas?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>El herpes genital?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>			Sí	No	La sífilis?	1	2	La gonorrea?	1	2	La clamidia?	1	2	La tricomonas?	1	2	El herpes genital?	1	2
	Sí	No																	
La sífilis?	1	2																	
La gonorrea?	1	2																	
La clamidia?	1	2																	
La tricomonas?	1	2																	
El herpes genital?	1	2																	
<p>4.3 ¿Cómo se adquiere el SIDA?</p> <p>(circule todas las que mencione)</p>	<p>Por contacto sexual ().....1</p> <p>Por transfusión de sangre ().....2</p> <p>Por usar agujas y/o jeringas sin esterilizar ().....3</p> <p>Por usar baños públicos ().....4</p> <p>Por contacto diario con una persona con SIDA().....5</p> <p>A través del aire ().....6</p> <p>En albercas ()7</p>																		

	Por un piquete de mosco ().....8 Durante el embarazo si la madre está enferma de SIDA ()9 Otro (especifique)()10 No sabe ()11 NR ()12
4.4 ¿Qué puede hacer una persona para evitar el contagio de una enfermedad por relaciones sexuales? (circule todas las que mencione)	Usar condón ()1 Usar óvulos o tabletas ().....2 Tener relaciones sexuales solo con su pareja ()3 Pedirle fidelidad a su pareja ().....4 No tener relaciones sexuales ().....5 No tener relaciones sexuales con personas infectadas ()6 No sabe cómo evitar el contagio ()7 No sabe de enfermedades de transmisión sexual ().....8 Otro (especifique)9 NR ()10
4.5 ¿Usas el condón o preservativo para prevenir el SIDA o alguna otra enfermedad de transmisión sexual?	Sí ()1 No ().....2 A veces ()3 NR ()4

Fuente: Fundación Mexicana para la Planeación, A.C. (Mexfam), “Encuesta Gente Joven”, 1999 y 2002.

ANEXO 4. CARTA DESCRIPTIVA

TÍTULO: Alejar nuestros rosarios de nuestros ovarios... ¿Si ya lo sabes, por qué NO lo usas?

MOTIVACIONAL						
Ciclo cognitivo						
Orientación		Ejecución			Control	
Objetivos	Contenido	Estrategias	Acciones	Tiempo	Retroalimentación	Evaluación
1. Informar a los alumnos sobre la realización del programa de intervención	Presentación del programa de intervención.	Elaboración de carteles. (Anexo 5)	Realizar carteles en cartulinas. Se pegaron en los cristales de los espacios asignados a orientación de los diferentes grados escolares.	5 a 10 minutos para colocarlos en la institución.		Nota: está actividad es fuera del programa de intervención.
2. Dar la bienvenida a los alumnos y docentes			El profesor responsable de la asignatura de orientación pidió a los alumnos que se coloquen en su lugar y muestren respeto para que la coordinadora pueda empezar el programa sobre embarazo adolescente. La coordinadora saluda para darles la bienvenida a los alumnos.	Primera sesión 5 minutos		A partir de esta indicación se comienza el programa de intervención.
3. Presentación de los alumnos para conocerlos	Conocimiento del grupo	Técnica: "Fiesta de presentación"	Se repartieron hojas de colores a los alumnos. Dándoles 15 min. para que elijan y realicen, como quieren expresarse de acuerdo con las siguientes variaciones: a) Caricatura de sí mismo, dibujo (s), etc. b) Descripción de sí mismo como aviso clasificado.	30 minutos		

			La coordinadora invitó a los alumnos a presentar voluntariamente, su actividad, desde su lugar, explicando por qué la eligieron.			
4. Presentación formal de la coordinadora y del programa de intervención	Aspectos generales		<p>Mientras los alumnos elaboran su material para presentarse, la coordinadora coloca en el pizarrón su nombre completo, y el nombre del programa de intervención.</p> <p>Al finalizar la participación de los alumnos, la coordinadora dirá su nombre, la institución educativa a la que pertenece.</p> <p>Para la presentación de programa se les pregunta a los estudiantes ¿De qué creen que sea el tema del taller, con respecto del título? ¿Qué entienden por alejar nuestros rosarios de nuestros ovarios?; de acuerdo a la respuesta de los alumnos se da la explicación.</p> <p>Posteriormente para cerrar la sesión se pregunta a los alumnos si tienen dudas con respecto al tema, para despertar más su curiosidad por el programa.</p>	15 minutos		
5. Conocer los conocimientos previos de los alumnos.	Diagnóstico	Cuestionario (Anexo 2)	La coordinadora entrega a cada alumno un cuestionario el cual tendrán que resolver, bajo las siguientes indicaciones.	Segunda sesión		

			<p>a) Es de manera individual, no puede comentarse con sus compañeros.</p> <p>b) La parte designada a los datos se llena con bolígrafo negro o azul, y el contenido con lápiz.</p> <p>c) El cuestionario solo es para conocer qué es lo que saben del tema, si no conocen la respuesta, colocar “no sé”.</p>	50 minutos		
EXPLICATIVA						
Objetivos	Contenido	Estrategias	Acciones	Tiempo	Retroalimentación	Evaluación
1. Enriquecer y/o desarrollar en los alumnos un adecuado vocabulario con respecto del tema	Educación sexual	Aplicación de la técnica: “Enriquezca su vocabulario”	<p>Se divide al grupo en equipos de cuatro personas, se le entrega a cada equipo un pliego de papel bong y un marcador.</p> <p>Cada equipo escribe el mayor número de sinónimos que hayan escuchado y/o conozcan sobre los términos que la coordinadora enuncie o escriba. Donde una de las personas de cada equipo se encargará de registrar en el papel bong los sinónimos que se originen de cada término.</p> <p>Cada equipo designará a un representante para que lea en voz alta los términos que colocaron.</p> <p>Posteriormente la coordinadora dará la retroalimentación y conclusiones de la actividad.</p>	<p>Tercera sesión</p> <p>15 minutos</p>	<p>La coordinadora les hará a los alumnos las siguientes preguntas: ¿Se sintió avergonzado de ver, escribir o leer en voz alta las palabras populares o “vulgares”? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?; Por lo general, ¿cuándo usamos el lenguaje popular, el lenguaje vulgar y el lenguaje correcto para referirnos a la sexualidad? ¿por qué?; ¿Por qué cree que hay tantos sinónimos para los</p>	

					genitales y tan pocos para otras partes del cuerpo?; ¿De dónde provienen las palabras de cada tipo de lenguaje?	
2. Mostrar y explicar a los alumnos qué es un método anticonceptivo, cuales son, cómo funcionan y su eficacia	Métodos anticonceptivos	Mostrar de forma real los métodos anticonceptivos que existen y explicar cada uno de ellos. (Anexo 6 y 7)	La coordinadora llevará, físicamente, cada uno de los métodos anticonceptivos para mostrarlos a los alumnos y los conozcan de manera más verídica. Para la explicación de cada uno se utiliza un cuadro comparativo, el cual contiene el nombre de cada método, cómo es que funcionan, el índice de eficacia y los efectos secundarios que pueden causar.	35 minutos	La coordinadora pregunta a los alumnos si ya conocían los métodos anticonceptivos de forma real. Y si tienen dudas o algún comentario con respecto del tema.	
3. Informar a los alumnos los riesgos de un embarazo a temprana edad en los diversos ámbitos (salud, académico y social)	Riesgos de un embarazo no planeado y sus repercusiones académicas, sociales y físicas.	Mostrar los riesgos de un embarazo no planeado a partir del video "Punto y aparte"	La coordinadora proyectará un video educativo donde se muestran casos de adolescentes embarazadas y experiencias que vive cada una de las protagonistas. Posteriormente las coordinadoras mencionarán una pequeña síntesis diciendo los aspectos más importantes, es decir, los riesgos de un embarazo.	Cuarta sesión 50 minutos		
4. Descubrir la	Enfermedades	Explicación y	Para poder introducir el tema se		Se les preguntará a	

<p>forma y la rapidez con la que pueden propagarse las enfermedades de transmisión sexual.</p>	<p>de transmisión sexual</p>	<p>realización de la técnica: “Cacería de firmas”</p>	<p>realizará una dinámica con los alumnos para ejemplificar mejor el tema, descubriendo la forma y la rapidez con la que pueden propagarse las enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>La coordinadora entregará al azar la mitad de una hoja de color donde estará marcada por una “X” y otra con una “C”.</p> <p>Antes de la entrega, se pedirá a un alumno que no siga las instrucciones que se darán posteriormente, aunque reciba una hoja igual que todos.</p> <p>Se les pedirá a los alumnos, que se paren y que soliciten a tres de sus compañeros que les firmen su hoja. Cuando todos hayan recogido tres firmas pedirles que regresen a su asiento.</p> <p>Se pedirá que todos los alumnos que tengan la firma del que tiene la hoja marcada con la “X” se coloquen al centro del salón, igualmente lo que tengan firmas de los que están al centro, donde todos quedarán de pie, excepto el participante al que se le pidió no seguir las instrucciones (no debe buscar firmas ni firmar) y se sentará al igual que la persona con la marca “C”.</p>	<p>Quinta sesión</p> <p>10 minutos</p>	<p>los alumnos cómo se sintieron, si tuvieron alguna dificultad, si alguien se negó a firmarles, si fueron muy buscados para firmar.</p> <p>Se mencionará que la persona con la marca “X” representa una enfermedad de transmisión sexual, podría ser el virus VIH/SIDA; y las firmas representan un contacto sexual sin ninguna protección.</p> <p>Y la persona que tiene la hoja con la marca “C” es una persona sexualmente activa que ha usado condón y no corría mucho riesgo.</p> <p>Finalmente se hará una puesta en común con las siguientes preguntas:</p>	
--	------------------------------	---	---	---	---	--

					<p>¿Cómo se sintió la persona "X"?</p> <p>¿Qué sintieron al saber que estaban contagiados?</p> <p>¿Cómo se sintió la persona a la que se pidió no participar?</p> <p>¿Es difícil NO participar en una actividad en la que todos participan?</p> <p>¿Qué sintieron los compañeros cuando esta persona se negó a darles la firma?</p> <p>¿Cómo se sintió la persona que descubrió que no se había infectado por el uso del condón?</p> <p>¿Creen que en la realidad la transmisión se presenta como en la dinámica?</p> <p>La persona con la marca "X" no sabía que estaba infectada, ¿cómo podíamos haber</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					sabido esto por anticipado?	
5. Informar las características principales de las enfermedades de transmisión sexual	Continuación de las enfermedades de transmisión sexual	Mostrar en un cuadro comparativo de las diversas enfermedades de transmisión sexual (Anexo 8)	La coordinadora explicará en un cuadro comparativo las enfermedades, donde se presentan los síntomas que presentan, las formas de contagio y su ilustración	40 minutos	Se preguntará a los alumnos la relación entre la dinámica anterior y está actividad. Y si tienen alguna pregunta o duda del tema.	
6. Relacionar los temas anteriores para ejercer una sexualidad segura y responsable.	Sexo seguro y conclusiones.	Utilización de la técnica "Lluvia de ideas" con apoyo de un cartel. (Anexo 9)	La coordinadora pregunta a los alumnos ¿Cómo relacionarían los temas vistos, métodos anticonceptivos, consecuencias de un embarazo y las enfermedades de transmisión sexual?; de acuerdo a las respuestas la coordinadora aclaró de manera general las falsas creencias de las enfermedades ETS, promoviendo el uso de los métodos anticonceptivos adecuados para los jóvenes de acuerdo a sus características y reafirmando que evitaran un embarazo si los usan correctamente al 100%. Recordando que el único método seguro es la abstinencia. Posteriormente se finaliza diciendo que la manera eficaz de experimentar la sexualidad es tomando decisiones	Sexta sesión 50 minutos		

			responsables considerando las maneras para el sexo de alto riesgo, sexo de bajo riesgo y sexo seguro; con el apoyo visual de un cartel.			
MATERIALIZADA						
Objetivos	Contenido	Estrategias	Acciones	Tiempo	Retroalimentación	Evaluación
1. Practicar los pasos para la colocación de un preservativo.	Colocación de un preservativo	Practicar la colocación del preservativo.	Se separará al grupo en dos equipos (hombres y mujeres); dando la indicación que se eligiera a dos representantes de cada equipo a los cuales se les brindará un condón y un pepino como prototipo de pene; para que muestren si aprendieron los pasos para colocar un condón, y el resto del grupo irá siguiendo los pasos, para identificar fallas en los pasos.	Séptima sesión 15 minutos	La coordinadora guiarán a los alumnos si tienen alguna duda en los pasos para la colocación del condón.	Será cuando los alumnos que pasen al frente vayan explicando los pasos.
2. Identificar el comienzo y el término de los días fértiles de la mujer.	Método anticonceptivo del ritmo o calendario.	Marcar y explicar la forma de calcular el método.	La coordinadora llevará dos calendarios tamaño mural y hojas de colores. Se pedirá a los alumnos que así como están colocados en equipos, uno de mujeres y uno de hombres; tendrán que señalar en el calendario los días fértiles de la mujer y tendrán que explicar cómo se calculan. Las coordinadoras darán a cada equipo las fechas en la cual se iniciará el periodo menstrual.	20 minutos	La coordinadora hará hincapié a los alumnos que este método es más recomendable para las mujeres que tienen un ciclo menstrual regular: es el intervalo entre dos periodos de manera constante el cual por lo general es de 28 días.	La evaluación se realizará cuando expliquen como calcularon el periodo menstrual.

<p>3. Constatar en forma vivencial el porcentaje de falla del preservativo, por parte de los alumnos.</p>	<p>Preservativo</p>	<p>Técnica: “Eficacia del preservativo”</p>	<p>La coordinadora recortará papeles de 3 x 3 cm. en la misma cantidad de participantes. De los cuales el 20% de ellos tendrán el nombre de una o varias enfermedades de transmisión sexual o embarazo, se doblarán y se meterán en una bolsa de plástico. Se les explicará a los alumnos que la Organización Mundial de la Salud, afirmó que la falla del preservativo en los jóvenes es del 20%, lo cual no es completamente entendido por que son números. A continuación se reparten los papeles como si fuera una rifa, y se les pide que no lo abran, hasta que sean repartidos todos; cuando lo revisen, que levanten la mano quienes tengan algo escrito (la falla) y se les concede la palabra para que digan lo que dice el papel. Dando la indicación que ese papelito es un preservativo.</p>	<p>10 minutos.</p>	<p>La coordinadora explicará que, así podrán darse cuenta los alumnos que uno de ellos puede tener la falla con el método. Reforzando el hecho de que el preservativo, no es 100% efectivo y la abstinencia si lo es, pero, usándola también al 100%.</p>	<p>Preguntarles a los alumnos como se sintieron con la actividad, aparte de la explicación que se dio anteriormente, ¿Conocen en que otros aspectos no es 100% seguro el preservativo?</p>
<p>4. Actualizar diversas situaciones sobre los aspectos de análisis sobre</p>	<p>VIH/SIDA</p>	<p>Técnica: “Dramatizaciones” (Anexo 10)</p>	<p>Se dividirá al grupo en cinco equipos para que representen las dramatizaciones que se le dará a cada equipo. Se les asignará unos minutos para organizarse, bajo las</p>	<p>Octava sesión 45 minutos</p>	<p><u>Equipo 1</u> ¿Cómo se sintieron los personajes en esta dramatización? ¿Cuáles</p>	<p>Se realizará conforme sean las respuestas u opiniones de los alumnos.</p>

<p>el VIH/SIDA</p>			<p>siguientes recomendaciones: Se les pide que asuman, temporalmente, una nueva identidad en una situación de "laboratorio". Es importante tratar de sentir, actuar y expresarse como la persona cuyo rol están representando. Tomarse algunos minutos para decidir algunas características mínimas de la persona que se está actuando. No tratar de decidir por anticipado, lo que se va a decir o hacer, la dramatización será, más real si reaccionas espontáneamente a la situación. Generalmente, es más fácil hacer una dramatización si se concentran sólo en las personas que hacen parte de ella e ignoran a los espectadores. Se pedirá al primer equipo que dramatice su tema y luego se discutirá las situaciones. Y así con cada uno de los equipos.</p>	<p>situaciones fueron más difíciles? ¿Cómo se contrae el VIH? ¿Cómo no se contrae? ¿Qué otros mitos conocen sobre el VIH/SIDA? ¿Quién tiene la culpa de que alguien contraiga la enfermedad? ¿Qué responsabilidad tienen los padres? ¿Cómo se abordarían este tipo de situaciones en la vida real? ¿De qué otra manera podría haberse manejado la situación? <u>Equipo 2</u> ¿Cómo se sintieron los personajes en esta dramatización? ¿Cómo manejo el problema el profesor? ¿Qué le faltó en la orientación que dio? ¿Qué piensan</p>	
--------------------	--	--	--	---	--

					<p>del colega?, ¿tiene la razón? ¿De qué otra manera pudo manejarse la situación?</p> <p><u>Equipo 3</u></p> <p>¿Qué consideraciones se deben tener presentes para tomar una decisión? ¿De quién es la responsabilidad de mantener los preservativos?</p> <p>¿Qué debería hacer ella si a él no le gusta usar condones? ¿Cómo podría modificarse la situación?</p> <p><u>Equipo 4</u></p> <p>¿Qué influiría en los personajes para decidir sí o para decir no? ¿Cómo contribuye la droga a infectar a las gentes con el VIH?</p> <p>¿Es difícil no participar de lo que un grupo de</p>
--	--	--	--	--	---

					amigos hacen? ¿Por qué? <u>Equipo 5</u> ¿En qué forma influye el alcohol a propagar el virus del VIH? ¿Con qué variables se presenta esta situación en la realidad? ¿Por qué las píldoras no protegen a las personas de contraer el VIH/SIDA u otras ETS?	
VERBAL EXTERNA						
Objetivos	Contenido	Estrategias	Acciones	Tiempo	Retroalimentación	Evaluación
1. Conocer el concepto que tienen los alumnos sobre la virginidad y hacerlos conscientes de sus propias ideas	La virginidad y el ejercicio de la sexualidad.	Debate sobre mitos y datos culturales sobre la sexualidad y la virginidad. (Anexo 11)	Se pide a los alumnos, que se sienten en círculo para realizar un debate. Para comenzar la coordinadora realizará las siguientes preguntas: para ustedes, ¿qué es la virginidad?, ¿Crees que el valor de las personas está en la virginidad? ¿Por qué?, ¿A qué edad crees conveniente tener la primera relación sexual? Posteriormente se harán preguntas respecto a afirmaciones como, la	Novena sesión 50 minutos	Conforme a las opiniones o ideas que expresen los alumnos, se irá dando la retroalimentación y en el caso de que existan conceptos erróneos se aclararán.	Al final se pregunta a los alumnos si tienen alguna duda o comentario.

			masturbación es dañina, con el primer coito una mujer puede embarazarse, etc.; donde ellos tendrán que decir si era mito o dato y el por qué de su respuesta, para saber las opiniones o falsas ideas que tienen al respecto.			
2. Presentar los Métodos anticonceptivos en forma creativa.	Métodos anticonceptivos	Técnica “El anuncio publicitario”	Se dividirá al grupo en pequeños equipos de 3 a 4 personas. La tarea de cada equipo será la de crear un pequeño texto comercial sobre el método anticonceptivo que le corresponderá. Cumplido el tiempo previsto, cada grupo debe presentar su aviso publicitario. El grupo a de evaluar el trabajo como Excelente, Bueno, Regular o Flojo.	Décima sesión 50 minutos	Preguntar: ¿Cuáles métodos son más convenientes? - Según la frecuencia de las relaciones - Por su efectividad - Por la prevención de la ETS - Por su economía - Por su facilidad para usarse ¿Qué hacer si el compañero (a) no coopera para el uso de los anticonceptivos?	Preguntarles ¿Qué aprendieron de la actividad? ¿Cómo se sintieron?
3. Identificar las conductas y actitudes asociadas con	Embarazo adolescente	Técnica: “Identificando riesgos” (Anexo 12)	La coordinadora hablará sobre la variedad de conductas sexuales que usualmente presentan los adolescentes. Aclarar que cada	Décima primera sesión	Dejar que los alumnos expresen lo que sienten y orientarlos en caso	Se hará conforme den las respuestas los alumnos en

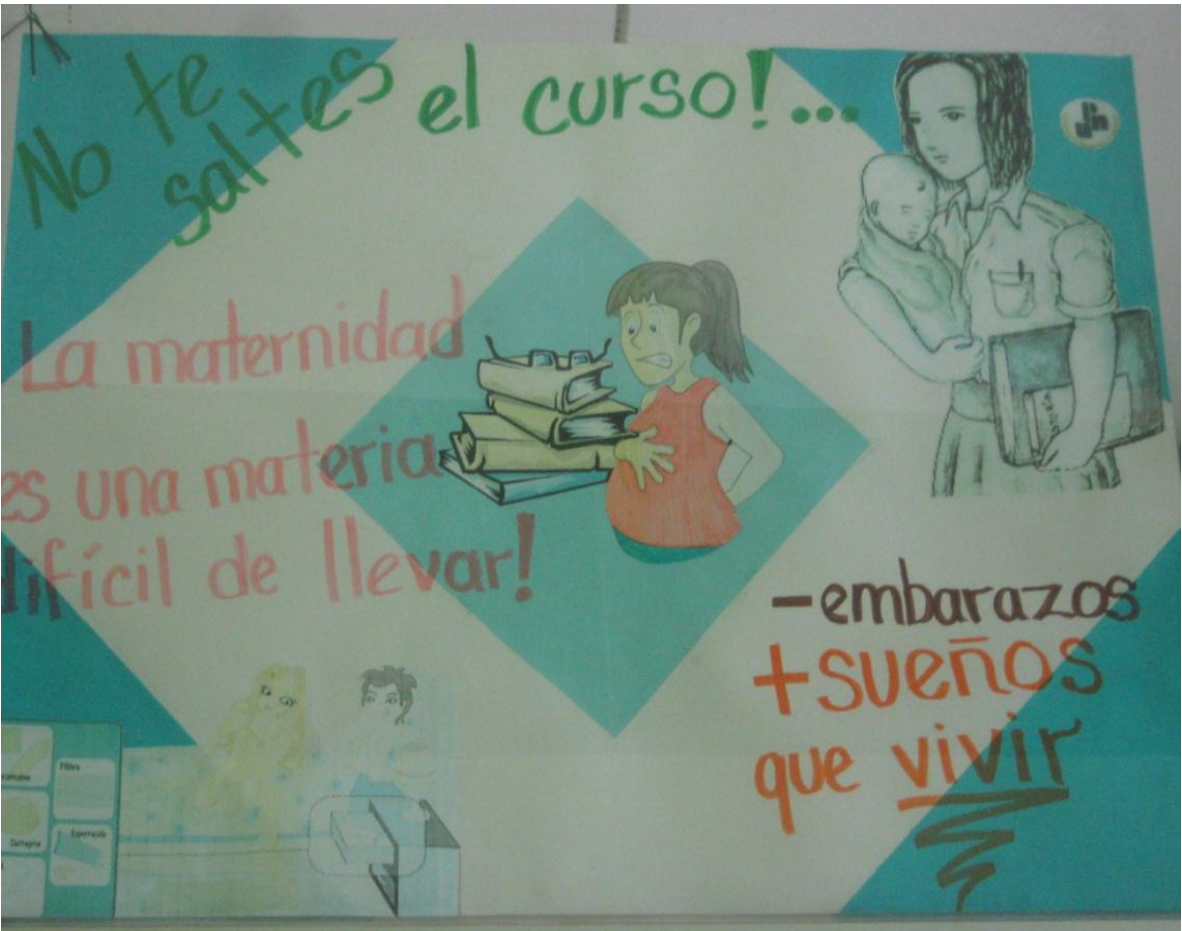
<p>la sexualidad responsable en los adolescentes. Evaluar en qué grupo se ubican el (la) adolescente (de alto riesgo, bajo riesgo o sin riesgo) en función de su potencialidad para encontrarse en una situación de embarazo.</p>			<p>adolescente puede tener diferentes formas de expresión y que es una decisión individual el tener o no una relación sexual. Se escribirá en el pizarrón, en un cuadro, las palabras alto riesgo de embarazo, bajo riesgo de embarazo y sin riesgo de embarazo. Preguntando a los alumnos las características que pueden tener las personas que caen en cada categoría. Haciendo énfasis en que un muchacho o muchacha puede tener una experiencia sexual casual y rápida, aun que a veces sea difícil de admitir por ellos mismos. Cuando los jóvenes piensan en que pueden tener una relación sexual y no están preparados con ningún método anticonceptivo, serán ubicados en el grupo de alto riesgo. También se escribirá en el pizarrón el siguiente objetivo: evitar el embarazo no deseado; para su posterior análisis. Posteriormente se indicó a los alumnos que uno por uno con forme estaban sentados por filas pasarían al pizarrón a colocar las respuestas con forme se leían las oraciones. Al final se revisó</p>	<p>50 minutos.</p>	<p>necesario. Cada adolescente desea obtener el conocimiento y las habilidades para estar en el grupo de bajo riesgo y sin riesgo. Por lo que se discutirá el significado del objetivo con los alumnos, haciendo evidente la necesidad de informarse sobre los métodos anticonceptivos, las diferentes situaciones riesgosas en las que se pueden involucrar, etc.</p>	<p>la realización del cuadro.</p>
--	--	--	--	--------------------	---	-----------------------------------

			cuáles estaban correctas y cuáles no. Cerrando el ejercicio permitiendo a los alumnos dudas o comentarios que tengan respecto a las situaciones evaluadas.			
VERBAL INTERNA						
Objetivos	Contenido	Estrategias	Acciones	Tiempo	Retroalimentación	Evaluación
1. Identificar manera individual los diferentes aspectos que intervienen en la sexualidad por parte de los alumnos.	Sexualidad	Técnica: “La importancia de mi cuerpo” (Anexo 13)	La coordinadora repartirá una hoja de trabajo a cada participante para que la conteste en forma individual. Les proporcionará 10 minutos para que la respondan. Una vez contestado se llegara a conclusiones de manera grupal.	Décima segunda sesión 15minutos	Dejar que los alumnos expresen lo que sienten y orientarlos en caso necesario de manera individual.	Preguntarles ¿Qué aprendieron de la actividad? ¿Cómo se sintieron?
2. Prevenir el contagio de las ETS, poniéndolos en el lugar de otros en una situación de “laboratorio”	Enfermedades de transmisión sexual	Técnica: “Esto le pasa a otros, no a mí” (Anexo 14)	Se les explicará a los alumnos que cada uno de ellos fue a realizarse un examen de laboratorio para ver si había contraído una ETS. El examen llegó y es positivo. Y que recuerden que ponerse en el lugar de otros es difícil, pero que traten de actuar lo mejor posible. Siguiendo las recomendaciones de las dramatizaciones anteriores. Donde tendrán que contestar individualmente las preguntas de la hoja de trabajo. Terminada la actividad expongan	15 minutos	Se harán las siguientes preguntas de manera general al grupo: ¿Cómo se sintieron en el lugar de quienes se han contagiado? ¿Qué diferencias hubo entre quienes tenían una infección curable y aquéllos que tenían una incurable? ¿Qué conductas de	Se hará con las respuestas de los alumnos.

			a los además las características de dicha infección.		riesgo están favoreciendo la transmisión de enfermedades? ¿En qué formas nos podemos proteger de las ETS?	
3. Destacar la importancia de tomar en cuenta todas las opciones que se tienen al momento de un embarazo no deseado.	Embarazo no deseado	Técnica: "Diagrama de flujo" (Anexo 15)	Pedir a todos los alumnos que piensen que se encuentran en una situación de embarazo (mujeres y hombres). En una hoja deberán ir poniendo las opciones que vayan analizando, pero de acuerdo como se muestra en el ejemplo de la hoja de trabajo.	20 minutos	Pedir a los alumnos que de manera voluntaria comente la realización de su trabajo y la explique.	Preguntar al grupo en general y se parecen las opciones que comentan sus compañeros y que den sugerencias que ayuden a complementar la actividad.
4. Evaluar la eficacia del programa de intervención a los alumnos de segundo grado.	Conocimientos generales adquiridos	Aplicación de pos test (Anexo 2)	Se les dará a los alumnos el cuestionario el cual tendrán que contestar de manera individual. Con las indicaciones del cuestionario del pre test. Y conforme vayan terminando se entregará a las coordinadoras.	Décimo tercera sesión 50 minutos		Se calificarán uno a uno los cuestionarios para hacer el análisis de resultados, los cuales serán informados a los docentes y a los alumnos.

CARTELES: "PREVENCIÓN DEL EMBARAZO"





Anexo 6

CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS			
Métodos	Modo de acción	Índice de eficacia	Efectos secundarios
Métodos hormonales			
Píldoras	Impide la maduración del folículo y la ovulación	99%	Retención de líquidos, sensibilidad mamaria, náuseas, riesgos de enfermedad cardiovascular y hepática.
Dispositivo intrauterino (DIU)	Su objetivo es evitar la implantación del ovulo fecundado	95%	Alteraciones menstruales, complicaciones en algunos casos; pérdida del dispositivo, perforación uterina.
Inyecciones	Inhiben la ovulación mensual, hacen espesar el moco cervical.	90 – 99%	Sangrado irregular o prolongado, manchado, dolores de cabeza, náuseas, sensibilidad mamaria anormal, aumento de peso, cambios del estado de ánimo, Acné y amenorrea
Parche anticonceptivo	Las hormonas que contiene el parche impiden la ovulación, también disminuyen el grosor del revestimiento del útero evitando que el óvulo fertilizado se adhiera al útero	90 – 99%	Reacción en el área de aplicación, náuseas, infección de las vías respiratorias superiores, dolor menstrual o abdominal, coágulos de sangre, derrame cerebral y ataques al corazón
Métodos de barrera			
Condón masculino y femenino	Impide la entrada del esperma en la vagina.	90 – 97%	Alguna pérdida de la sensibilidad (aunque esto es muy relativo).
Diafragma	Impide la entrada del esperma o semen en la cavidad uterina	83 – 95%	Ninguna
Métodos naturales			
Ritmo	Abstinencia durante el momento probable de ovulación.	80%	Ninguna
Coito interrumpido	El retiro del pene antes de eyacular dentro de la vagina.	70 – 80%	Ninguna
Métodos irreversibles			
Vasectomía	Impide el libre flujo de espermas, la unión de estos con el semen.	0%	Se pueden presentar trastornos de tipo psicológicos, pero son solo prejuicios, por falta de información, no son orgánicos.
Ligadura de trompas	Impiden el paso del ovulo hacia el útero.	0%	

TRIPTICO SOBRE EL CONDÓN

ANTES DE USARLO

1. Asegurate de que el condón todavía sirva, cada empaque tiene escrita una fecha:

MFG:
Fecha de manufactura dura cinco años a partir de esta fecha

CAD ó EXP:
Fecha de manufactura dura cinco años a partir de esta fecha



2. Fijate que el empaque no esté roto y que al oprimirlo forme una bolsa de aire; si no es así utiliza otro

¿CÓMO SE USA?

a. Abre el empaque con la yema de los dedos. No uses dientes, uñas ni tijeras por que lo puedes romper



b. Fijate para qué lado se desenrolla, presiona la punta del condón para quitarle el aire y quede espacio para recibir el semen. Si no lo haces, el condón puede romperse

c. Sin soltar la punta del condón colócalo sobre la cabeza del pene cuando está erecto

d. Con la otra mano desenrolla el condón hacia el pene hasta cubrirlo por completo



e. Si usas lubricante utiliza uno a base de agua. El aceite para bebé, las cremas, etc., rompen el condón



f. Después de que eyaculaste y antes de que el pene se ponga flácido, retírate sosteniendo el condón con la mano para que no se quede dentro de tu pareja



g. Anuda el condón para que no se derrame el semen y tíralo al bote de la basura

SI DESEAS INFORMACIÓN SOBRE EL CONDÓN O LAS FORMAS DE PREVENIR EL SIDA, INFORMATE, LLAMA:

Coordinación de Salud
Dirección de Servicios de Salud
Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades

Mayores informes en:
Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Salud Reproductiva.
Departamento de Promoción de la Salud.
Tel.: (01722) 271 1091, 92, 93 ext. 105 y 111
Directo (01722) 2712756



ISEM

NO TE DEJES ENGAÑAR....



EL CONDÓN

SI FUNCIONA

¿QUÉ ES?

Es una cubierta de látex que se coloca en el pene antes de la penetración en las relaciones sexuales



RECEPTÁCULO PARA EL SEMEN (punta del condón)

Te previene de la infección por VIH/SIDA, de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y de embarazos no deseados

Hecho de látex delgado pero resistente



No te preocupes por el ancho ni por lo largo

Impide el intercambio de fluidos (líquido pre-eyaculatorio, semen, sangre y fluidos vaginales) que posiblemente tengan VIH

¿EN DÓNDE SE CONSIGUEN?

En más lugares de los que te imaginas, por ejemplo, en farmacias, supermercados, tiendas departamentales, bares, discotecas, en las clínicas de salud y con organizaciones de la sociedad civil

¿CÓMO SE ADQUIEREN?

Se venden por paquete. En algunos lugares puedes pedirlos al dependiente o puedes optar por comprarlos en las tiendas de autoservicio en donde tú los escoges personalmente, o solicitarlos en las Unidades Médicas del ISEM GRATIS



¿CUÁLES SON LOS MEJORES?

Existen muchas marcas y modelos la mejor opción es la que se adapte más a tus necesidades

LO IMPORTANTE ES QUE SEAN DE LÁTEX



¿CON QUIÉN SE DEBEN USAR? CON TODO ...MUNDO

Ya que no puedes determinar a simple vista cuándo una persona tiene alguna ITS o es portadora del virus que causa el SIDA, lo mejor es que utilices el condón cada vez que tengas relación sexual



¿CÓMO SE LE DICE A LA PAREJA?

Muchas cosas en torno al sexo suelen ser difíciles. No es fácil decirle que quieres usar un condón, especialmente cuando estás a punto de tener relaciones sexuales. Sin embargo, debes insistir o inclusive condicionar la relación al uso del condón



¿TU SALUD O TU VIDA PUEDEN DEPENDER DE ELLO!

¿CÓMO SE CONSERVAN?

- Guardarlos en un lugar fresco y secos
- No lo expongas al calor excesivo ni a la luz fluorescente
- No lo lleves en el bolsillo del pantalón o en la cartera
- Aléjalo de las llaves u objetos punzo cortantes

SI EL CONDÓN SE ROMPE ES PORQUE NO LO USASTE CORRECTAMENTE O ES PORQUE NO LO CONSERVASTE EN LAS CONDICIONES ADECUADAS



FOLLETO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO **ISEM** **Compromiso**
Gobierno que cumple

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

INJECTABLES Efectividad 99%	<p>Contienen hormonas que previenen la ovulación. Son de dos tipos: los que contienen estrógeno y progestina y los que tienen solo progestina.</p> <p>Las pueden usar: adolescentes; mujeres antes de primer embarazo; mujeres para ampliar el tiempo entre uno y otro embarazo o después de un aborto.</p>	<p>Según el tipo, se aplica una inyección al mes, cada dos meses o cada tres meses.</p> <p>Puede utilizarse como método de larga duración.</p> <p>Los más conocidos son los combinados de cada mes.</p> <p>Permite el regreso a la fertilidad una vez interrumpido su uso.</p>
PASTILLAS Efectividad 90-99%	<p>Contienen hormonas que detienen la ovulación. Hay de dos tipos: las que contienen estrógeno y progestina y las que tienen solo progestina.</p> <p>Las pueden usar: adolescentes; mujeres antes del primer embarazo; mujeres para ampliar el tiempo entre uno y otro embarazo o después de un aborto.</p>	<p>Se toma una tableta diaria, de preferencia a la misma hora todos los días.</p> <p>Las tabletas vienen en presentación de 21 (7 días de descanso) y 28 tabletas (uso continuo).</p> <p>Permite el regreso a la fertilidad tan pronto se deja de usarlas.</p>
IMPLANTE SUBDÉRMICO Efectividad 99%	<p>Es una varilla de plástico pequeña (del tamaño de un centilo) que libera lentamente una hormona que evita la ovulación.</p> <p>Lo pueden usar: todas las mujeres mayores de 15 años y con un peso menor de 90 kg. que deseen evitar un embarazo al menos por tres años.</p>	<p>La varilla se inserta debajo de la piel del brazo de la mujer.</p> <p>Puede utilizarse como método de larga duración (máximo tres años).</p> <p>Su aplicación y retiro deben realizarse por personal capacitado.</p> <p>Permite el regreso inmediato a la fertilidad, una vez retirado.</p>
CONDÓN MASCULINO Efectividad 85-97%	<p>Es una funda o cubierta de látex que contiene un receptáculo para almacenar el semen eyaculado.</p> <p>Lo pueden usar: todas las parejas que además de querer evitar un embarazo quieran protegerse de infecciones de transmisión sexual.</p>	<p>Se debe revisar que el empaque esté íntegro y la fecha de caducidad vigente.</p> <p>Se coloca desenrollándolo sobre el pene erecto antes del coito. Generalmente viene lubricado. El hombre eyacula dentro del condón. Para retirarlo se suelta el condón desde la base, se arrolla antes de tirarlo a la basura. Se usa un condón nuevo en cada relación sexual.</p>
CONDÓN FEMENINO Efectividad 79-98%	<p>Funda transparente de polietileno, con dos anillos, el extremo cerrado es para mantener el condón pegado al cuello uterino y el extremo abierto y más ancho permanece fuera de la vagina cubriendo los genitales de la mujer.</p> <p>Lo pueden usar: todas las parejas que además de querer evitar un embarazo quieran protegerse de infecciones de transmisión sexual.</p>	<p>Se coloca antes de tener una relación sexual.</p> <p>Al igual que el condón masculino es desechable y se utiliza uno por cada relación sexual.</p> <p>Se debe revisar que el empaque esté íntegro y la fecha de caducidad vigente.</p>
DIU Efectividad 99%	<p>Es un pequeño armazón de plástico, flexible, con un alambre o manguito de cobre. Impide que el espermatozoide alcance el óvulo y lo fecunde.</p> <p>También existen los DIU medicados con levonorgestrel.</p> <p>Lo pueden usar: mujeres de cualquier edad y aquellas que tienen contraindicado el uso de anticonceptivos hormonales.</p>	<p>Se inserta en el útero de la mujer, generalmente durante la menstruación.</p> <p>También puede insertarse después de un parto, de una cesárea o de un aborto.</p> <p>Previene el embarazo por un periodo de 10 años. Se puede retirar en cualquier momento.</p> <p>Su inserción y retiro requiere de personal capacitado.</p>

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS

VASECTOMIA Efectividad 99%	<p>Consiste en cortar los conductos deferentes en los hombres para impedir que haya espermatozoides en el semen que puedan embarazarse a la mujer.</p> <p>Lo pueden solicitar hombres que no desean más hijos o que lo elijan por así convenir a sus intereses.</p>	<p>Se realiza de manera simple y rápida. Elimina para siempre la preocupación de provocar un embarazo. Es irreversible y permanente.</p> <p>No es efectivo de manera inmediata. Se requiere esperar tres meses para que sea completamente efectivo. No afecta el placer o el desempeño sexual masculino.</p>
OCLUSIÓN TUBERARIA BILATERAL Efectividad 99%	<p>Consiste en cortar o bloquear las trompas uterinas en las mujeres para prevenir que el óvulo y el espermatozoide se unan.</p> <p>Lo pueden solicitar las mujeres que no desean más hijos o que lo elijan por así convenir a sus intereses.</p>	<p>Es un procedimiento simple y seguro. Elimina definitivamente la preocupación de quedar embarazada y no afecta el placer. Puede realizarse posterior a un parto, una cesárea, un aborto o en cualquier momento de la etapa reproductiva.</p> <p>Es irreversible y permanente. Suele implicar hospitalización.</p>

Planificación Se trata... la mejor opción es tu decisión

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA



Tomar la primera tableta dentro de las primeras 72 hrs. (3 días) después de la relación no protegida.

Tomar la segunda tableta 12 horas después de la primera dosis.

No protege de las infecciones de transmisión sexual y no se considera un método anticonceptivo de rutina.

Tienes el derecho a recibir orientación y consejería. Acude a la Unidad o Centro de Salud más cercano.

También puedes obtener información en:

www.salud.gob.mx
www.yquesexo.com

o llamar a PLANIFICATEL al teléfono **01 800 0103500**

RECUERDA TÚ DECIDES

En la Secretaría de Salud tenemos personal calificado y capacitado para orientar tu decisión.

SECRETARÍA DE SALUD

SALUD

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS












ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CE/217/B/008/11

Vivir Mejor

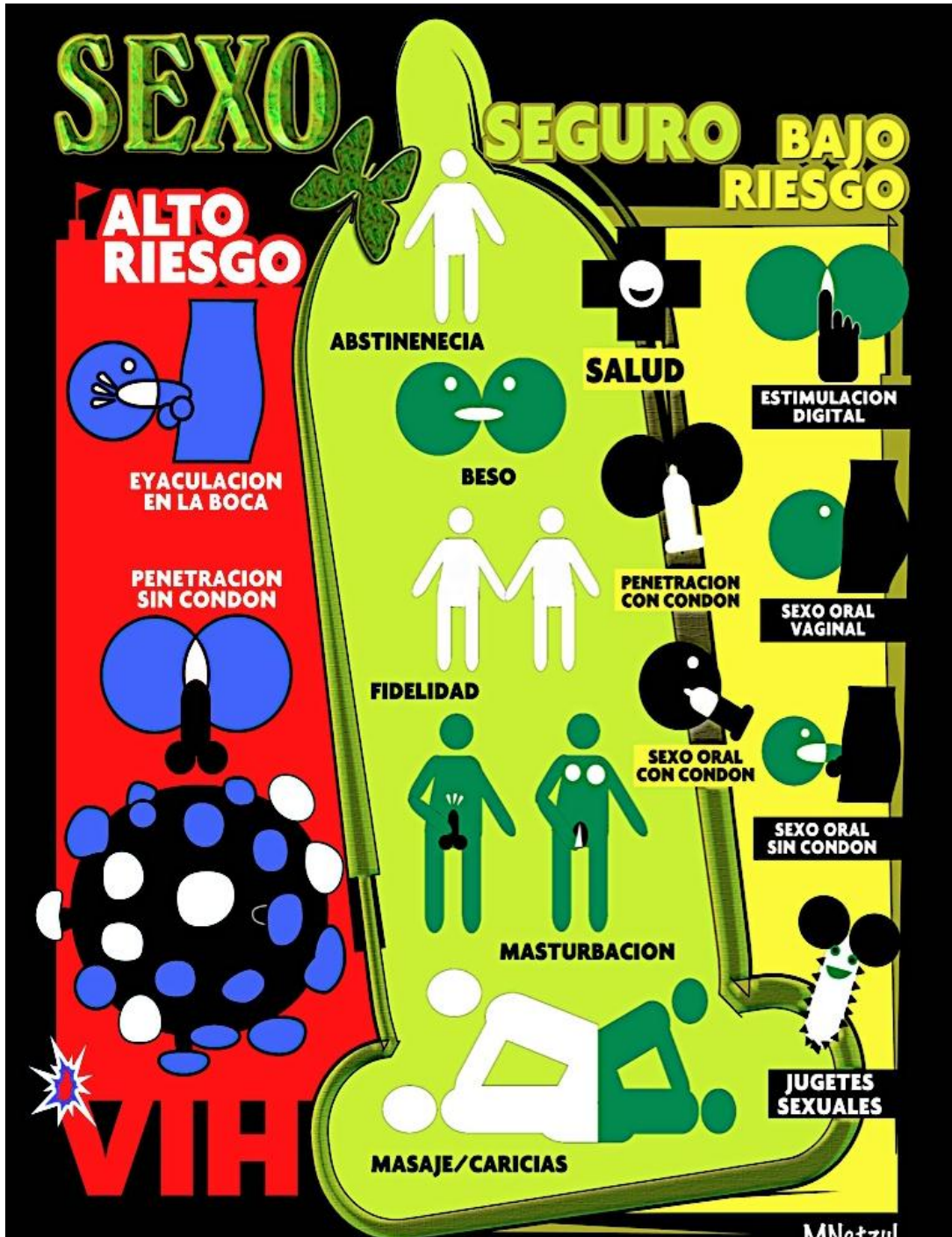
NOM-005-SSA-1993 modificada

Anexo 8

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
Enfermedad	Síntomas	Imagen	Forma de contagio
Sífilis	Después de 2 a 4 semanas del contagio, aparece un chancro (úlcer) no doloroso en genitales, o en boca, año, etc., que desaparece solo, dando lugar a las formas graves de la enfermedad si no es tratada adecuadamente; en años posteriores puede ocasionar lesiones en el cerebro, hígado y corazón.	 	Relación sexual La mujer infectada si se embaraza, la transmite al hijo
Gonorrea	En promedio 2 a 7 hasta 10 días después del contagio, en el meato urinario del varón aparece un escurrimiento amarillo cremoso característico, comezón al principio, después ardor al orinar, dolor y sensación de querer seguir orinando, con fiebre o sin ella. La mujer puede no presentar síntomas más allá del flujo y ser fuente de contagio. Si no se trata, puede, después de varios años, lesionar el corazón.	 	Relación sexual La mujer embarazada puede infectar los ojos del niño en el parto y producirá ceguera.
Uretritis y vulvitis y no gonocócica	Se manifiesta de 10 a 20 días después del contagio, con escurrimiento uretral o vulvo vaginal, incoloro, blanquecino o de otro aspecto; generalmente sin fiebre, con ardor, comezón. Si no se trata, puede ocasionar síntomas crónicos y en ocasiones esterilidad.	 	Relación sexual
Piojo púbico o "ladillas"	Infectan las partes que presenta mayor cantidad de pelo en el cuerpo sobre todo alrededor del pelo púbico. Depositán sus huevos en el pelo cerca de la piel en forma de pequeños puntos blancos pegados al pelo y su periodo de incubación es de seis a ocho días. Los síntomas empiezan a aparecer de 5 días a varias semanas de que la persona ha estado expuesta.	 	Relaciones sexuales.

Enfermedad	Síntomas	Imagen	Forma de contagio
VIH/SIDA	<p>Enfermedad de origen viral caracterizada por disminución inmunitaria importante; quien la padece es propio a sufrir con gran severidad enfermedades infecciosas que normalmente podría no ser graves. Se manifiesta con fiebre, adelgazamiento cansancio progresivo y mortal. Si no se manifiesta, el individuo se convierte en portador.</p>		<p>Relación sexual Transfusión de sangre contaminada Inyecciones con jeringas no esterilizadas y contaminadas Vía perinatal.</p>
Verrugas genitales (VPH)	<p>El responsable es el Virus del Papiloma Humano (VPH), las verrugas pueden producirse en el pene, la vulva, uretra, vagina, cuello uterino y alrededor del ano.</p> <p>Los síntomas relacionados son: Lesiones elevadas de coloración carnosa en los genitales, ano o piel circundante. Crecimiento de verrugas aparentando coliflores alrededor del ano o genitales. Aumento de humedad en el área que presenta los crecimientos de verrugas. Prurito del pene, escroto, área anal o prurito vaginal. Aumento del flujo vaginal. Sangrado vaginal anormal después de mantener relaciones sexuales. Puede producir cáncer en el cuello uterino.</p>		<p>Relación sexual</p>
Herpes genital	<p>El herpes genital en la mayoría de las personas no causa ningún síntoma. Cuando se presentan tardan de dos a veinte días después de haber entrado el virus al cuerpo para manifestarse. Aparecen pequeñas protuberancias rojas cercas al área donde entro el virus al cuerpo, labios vaginales, clítoris, vagina, cuello uterino, ano, muslos o glúteos, estas protuberancias se convierten en ampollas que se revientan entre 24 y 72 horas, dejando lesiones dolorosas que pueden infectarse.</p>		<p>Relaciones sexuales. Contacto piel a piel. La madre infectada puede contagiar al bebe durante o después del parto.</p>

CARTEL: "SEXO SEGURO BAJO RIESGO"



DRAMATIZACIONES

1. Personajes: padre, madre hija e hijo.

Escena 1. La hija tiene el VIH. La madre separa los utensilios de la cocina que usa la hija, así lo hace con el jabón de baño, la toalla, etc. Reconviene al hermano para que no toque los objetos de su hermana. No obstante, fingen tranquilidad delante de ella.

Escena 2. Los padres se echan la culpa mutuamente de la enfermedad de su hija. El padre, por no haber intervenido en la educación de ella, y la madre por creerse una “madre liberada”, preocupada sólo porque su hija no fuera a quedar embarazada.

Escena 3. El hijo le plantea a la familia que no puede seguir viviendo con ellos, porque sus compañeros, amigos y amigas lo están alejando por temor a que él los contagie.

2. Personajes: dos profesores y un estudiante.

Escena 1. El alumno se acerca al profesor a pedirle, confidencialmente, consejo por que ayer reclamó del SIDA y le resultó positiva. El profesor le responde lo que sabe.

Éste es uno de los puntos de discusión. ¿Cómo maneja el actor esta situación?

Escena 2. El profesor habla con su colega del asunto, este último le dice que debe informarlo a la dirección para que no vaya a “contagiar” a los compañeros.

3. Personajes: una pareja.

Escena. Son novios hace cinco meses, están solos en la casa, desean tener relaciones sexuales, pero no tienen condones.

4. Personajes: dos hombres y dos mujeres

Escena. Son estudiantes del mismo nivel y se reúnen el fin de semana. Uno de ellos, en medio de la reunión, saca una jeringa para inyectarse droga. La ofrece a sus amigos, sólo uno la rechaza. Por ello es objeto de burla de los demás.

5. Personajes: tres parejas

Escena. En un baile dos son novios, dos son amigos y dos no se conocían. Pasados de copas después de amenas charlas, el joven, de la última pareja, invita a su nueva amiga a tener relaciones sexuales. Ella no se preocupa por que usa píldoras.

MITOS CULTURALES

Marca la **M** si consideras que la afirmación es un **mito** y una **D** si consideras que es un **DATO**.

Afirmación	Mito	Dato
1. La menstruación impide hacer el amor	M	D
2. La mujer no necesita tener relaciones sexuales con la misma frecuencia que el hombre.	M	D
3. La liberación femenina conduce a la promiscuidad	M	D
4. El hombre propone y la mujer dispone	M	D
5. El hombre no debe manifestar sus sentimientos	M	D
6. El hombre siempre quiere tener sexo	M	D
7. La masturbación es dañina	M	D
8. El hombre debe proteger y darle seguridad a su compañera	M	D
9. Es poco saludable para la mujer que se bañe o nade durante su periodo	M	D
10. Con el primer coito una mujer puede embarazarse	M	D
11. Las píldoras anticonceptivas engorda, dan manchas y provocan varices	M	D
12. Una mujer puede quedar embarazada aún si el hombre no eyacula dentro de la vagina	M	D

RESPUESTAS COMENTADAS DEL CUESTIONARIO

Estas respuestas son comentadas brevemente. La información se debe complementar.

Mitos culturales.

- **La menstruación impide hacer el amor. (Mito).**

La menstruación ha sido asociada a una enfermedad; “estoy enferma” dicen muchas mujeres para indicar que están en el periodo menstrual. Esta idea de enfermedad ha llevado al mito de que no pueden tener relaciones coitales.

- **La mujer no necesita tener relaciones sexuales con la misma frecuencia que el hombre. (Mito)**

Ambos sexos tienen la misma capacidad de abstinencia. El mito surge para justificar la libertad que la cultura ha concedido al varón para sus prácticas sexuales.

- **La liberación femenina conduce a la promiscuidad (Mito)**

La liberación femenina nació como un movimiento político en procura de la dignificación de la mujer; nada tiene que ver con la inestabilidad emocional que lleva la promiscuidad.

- **El hombre propone la mujer dispone (Mito)**

Las actitudes y el comportamiento sexual de hombres y mujeres están convergiendo actualmente. Las mujeres están asumiendo las relaciones con la misma libertad que, tradicionalmente, era exclusiva de los hombres.

- **El hombre no debe manifestar sus sentimientos (Mito)**

Es uno de los patrones de conducta que la cultura ha impuesto como signo de masculinidad. La sociedad machista no ve con buenos ojos que el hombre manifieste sus efectos.

- **El hombre siempre quiere tener sexo (Mito)**

Según este mito el hombre siempre puede tener relaciones coitales a cualquier hora, en todo lugar y con cualquier mujer. Los varones aprendieron que un verdadero hombre nunca se echa, para atrás por adversa que sea la situación.

En toda relación sexual es necesario tener en cuenta el deseo y el consentimiento, Del otro. Comprender esto es entender que los hombres no son máquinas sexuales inagotables de actividad coital.

- **La masturbación es dañina (Mito)**

Es muy común la creencia en los peligros de la masturbación las enfermedades que pueden producir, la locura, la imbecilidad, el reblandecimiento de la médula espinal.

La verdad es que la masturbación es normal y, lejos de fatigar al niño o al adolescente, calma la tensión libidinal. En efecto, la masturbación es consecuencia de una tensión y no es causa de enfermedad. Cuando la masturbación es recurrente se deben buscar las causas de la tensión sexual y no mezclar el alto nivel de masturbación con ideas de desobediencia culpable o de peligro amenazante.

- **El hombre debe proteger y darle seguridad a su compañera (Mito)**

Este mito confunde el comportamiento femenino con debilidad en la mujer, algo de ignorancia y sentimientos de desprotección, en tanto, la masculinidad se caracteriza por la rudeza, la seguridad y la capacidad de resolver problemas.

- **Es poco saludable que la mujer se bañe o nade durante su periodo menstrual (Mito).**

No hay razón para que una mujer deba restringir sus actividades durante la menstruación.

- **Con el primer coito una mujer se puede embarazar (Dato)**

Sí, una mujer puede embarazarse con el primer coito o cada vez que lo tenga, a menos que ella o su compañero utilicen un método anticonceptivo eficaz.

- **Las píldoras anticonceptivas engordan, dan manchas y provocan varices (Mito).**

Las píldoras son uno de los métodos anticonceptivos más seguros y eficaces. Su uso debe tener una regulación médica para evitar efectos colaterales, algunas mujeres son alérgicas.

- **Una mujer puede quedar embarazada aún si el hombre no eyacula dentro de la vagina (Dato).**

Sí, cuando el compañero eyacula cerca de la vagina es posible que los espermatozoides hagan contacto con el moco cervical, cuya función es conducirlos a través de la vagina.

IDENTIFICANDO RIESGOS

Instrucciones: Lee los siguientes casos que describen variaciones en la conducta sexual entre los adolescentes. Enseguida de cada caso, escribe la categoría a la que pertenecen:

AR= Alto riesgo de embarazo

BR= bajo riesgo de embarazo

SR= sin riesgos de embarazo

1. Daniel piensa tener relaciones sólo para divertirse y quedar bien con sus amigos, así que no piensa usar anticonceptivos.
2. Roberto siente que es muy importante conocer bien a una muchacha antes de involucrarse sexualmente con ella. Aunque nunca ha tenido una relación sexual, cuando la tenga usará condón.
3. Luisa ha tenido relaciones sexuales una vez y como no cree que vuelva a tenerlas porque está molesta con el muchacho, aunque le gusta mucho, no piensa usar anticonceptivos.
4. Gloria ha estado saliendo con un muchacho durante un año. Ella siente que tendrán una relación sexual pronto, pronto, pero como no está segura cuándo, no ha hecho planes para evitar el embarazo.
5. Dora está muy enamorada de Aurelio y para no perderlo cree que debe tener relaciones sexuales las relaciones sexuales con él; él considera que no deban usar anticonceptivos porque sólo lo van a hacer una vez.
6. Las relaciones que ha sostenido Pedro no incluyen el acto sexual y no piensa tener relaciones sexuales hasta que se case.
7. Enrique tuvo una relación sexual una vez. Usó el retiro del pene antes de eyacular como método anticonceptivo.
8. Margarita tiene relaciones sexuales rara vez. Ha tenido ya un aborto. Ahora su pareja usa condón cada vez que tienen relaciones sexuales.
9. Lupita ha tenido una relación estrecha por dos años y ha tenido un coito frecuentemente. Ella toma píldoras anticonceptivas algunos días y se siente protegida.
10. Arturo está más interesado en las actividades de la escuela que en tener una relación íntima con una muchacha. Él nunca ha tenido una relación sexual. No obstante sabe cómo usar el condón en caso necesario.

11. Una muchacha está empezando a salir con un muchacho que no le gusta lo suficiente como para hacer el amor y no piensa tener relaciones sexuales con él.
12. Juan y Sofía se excitan mucho cuando están juntos y han decidido tener relaciones sexuales y cuando él empiece a eyacular retirará el pene de la vagina.
13. Lina María ha tenido relaciones sexuales pocas veces. Piensa ya empezar a tomar pastillas anticonceptivas en forma regular.
14. Jorge ha sostenido relaciones sexuales durante los cuatro meses pasados. No ha usado algún anticonceptivo.
15. Raymundo tuvo una relación sexual que resultó en un embarazo no deseado. El niño fue dado en adopción y su novia usa ahora la píldora.
16. Rosa ha tenido relaciones sexuales y decidió que sólo las tendrá si su novio usa condón.
17. Sandra nunca ha tenido relaciones sexuales y piensa que se sentirá culpable si las tuviera, pero está viendo haber que pasa.
18. Un chico se siente atraído por muchachos de su mismo sexo. No está interesado en tener relaciones sexuales con una mujer.
19. Yolanda ha tenido relaciones sexuales de vez en cuando durante seis meses sin usar anticonceptivos.
20. A Carmen le gusta muchísimo un muchacho, pero aún no se siente lista para hacer el amor con él. Ha decidido esperar.
21. Juan ha tenido relaciones sexuales con varias compañeras. Él siempre usa un condón y se siente protegido.
22. Ana Elena ha tenido relaciones sexuales una vez y aunque no está segura de lo que le pase ha empezado a tomar diariamente pastillas anticonceptivas.

Las siguientes son las respuestas que generalmente se consideran correctas.

AR= Alto riesgo de embarazo: 1, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 14, 17, 19,

BR= bajo riesgo de embarazo: 2, 8, 10, 13, 15, 16, 20, 21, 22,

SR= sin riesgos de embarazo: 6, 11, 18.

Anexo 13

“LA IMPORTANCIA DE MI CUERPO”

1. Describe con una palabra ¿Qué sientes por tu cuerpo?

2. Señala la(s) respuestas(s) correcta(a):
 - a) El cuerpo es un estorbo para el espíritu,

 - b) El espíritu es “lo bueno” y el cuerpo es “lo malo”.

 - c) Somos una unidad cuerpo y espíritu.

3. Menciona dos ventajas y dos desventajas de tu sexo frente al complementario (del hombre frente a la mujer y viceversa)

4. Indica dos razones por las que el hombre y la mujer se necesitan mutuamente.

5. Escribe tres razones por las que algunos jóvenes tiene relaciones sexuales prematrimoniales.

6. ¿Existe alguna consecuencia en la persona si no existe actividad genital?

7. Menciona tres formas de expresar el amor, que no sea genitalmente.

8. Menciona tres formas de canalizar el impulso sexual en los jóvenes.

“ESTO LE PASA A OTROS NO A MI”

EL RESULTADO DEL EXAMEN QUE USTED SE HIZO DE VIH/SIDA LE HA SALIDO POSITIVO

INVESTIGUE TODAS SUS CARACTERISTICAS DE LA INFECCIÓN Y ASUMA LOS SINTOMAS COMO PROPIOS PARA RESPONDER EL SIGUIENTE CUESTIONARIO.

¿Quién cree que pudo infectarlo?

¿Alguna vez pensó que podría llegar a infectarse? ¿Por qué?

¿Qué piensa ahora que está infectado?

¿A quién le ha contado sobre su enfermedad?

¿Se siente rechazado? ¿Por qué?

¿Ha informado de su enfermedad a quienes estuvieron en contacto sexual con usted?

¿Qué conductas de riesgo cree que están favoreciendo la presencia de esta enfermedad en su medio?

DIAGRAMA DE FLUJO

