

1
201

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

**PLATICAS DE ORIENTACION SEXUAL
DIRIGIDAS A ADOLESCENTES DEL AREA DE
PSICOLOGIA DEL DIF**

REPORTE DE SERVICIO SOCIAL

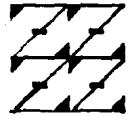
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ELSA VERONICA ALVAREZ GUZMAN

**U N A M
ZARAGOZA**



**LO HUMANO
ES
EN NUESTRA REFLEXION**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE GENERAL

PROLOGO	4
INTRODUCCIÓN	6
PRIMERA PARTE	
MARCO CONCEPTUAL	8
Antecedentes	9
Integración del concepto de Información Sexual	15
Adolescencia	19
Características Sexuales Secundarias	27
Preferencias Sexuales y Respuesta Sexual Humana	31
Embarazo	37
Anticoncepción	45
Aborto	53
Enfermedades Sexualmente Transmisibles	57
SEGUNDA PARTE	67
METODOLOGIA	68

CARACTERISTICA DE LA INSTITUCIÓN	77
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	86
RESULTADOS	90
ANALISIS	100
CONCLUSIONES	104
SUGERENCIAS	106
LIMITACIONES	107
ANEXO 1	108
ANEXO 2	110
BIBLIOGRAFIA	122

PROLOGO

El servicio Social es definido por la Universidad Nacional Autónoma de México y por la Facultad de Estudios Profesionales Zaragoza "FES", como una obligación a cumplir ante la Universidad y ante el país.

El Servicio Social es una parte importantísima para el desarrollo del estudiante, ya que es la primera oportunidad que éste tiene para *poner en práctica los conocimientos teóricos* que se han adquirido durante toda la carrera, y confrontar así, la teoría y la práctica, por otra parte, se da el aprendizaje de nuevos conocimientos basados, casi exclusivamente en la práctica.

La elección de la institución donde se debería de realizar el servicio social se hizo en base a las oportunidades que ésta daba a la pasante para poder desarrollar un trabajo única y exclusivamente como psicólogo y no como observador o como otra cosa. La institución que cumplía dichas expectativas fue el DIF, en el área de *Prevención y Orientación Psicológica, del Departamento de SER Sociales.*

La labor que se desempeñó aquí fue como *psicólogo clínico*, dando psicoterapia. La población atendida, casi en su totalidad pertenece a la clase baja, quienes en su mayoría presentan problemas familiares, conyugales, de comunicación, etc. Estas características fueron las que en primera instancia despertaron el interés de la pasante para realizar el Servicio Social en el DIF. A medida que transcurría éste, la pasante se dio cuenta que la labor del psicólogo clínico iba más allá de dar terapia a nivel individual, pues se tuvo la oportunidad de poder desarrollar actividades anexas a los propios objetivos del Departamento de Servicios Sociales y además tener la oportunidad de mantener una relación interdisciplinaria, cuestión que a nivel escolar es muy difícil de lograr.

En general el Servicio Social pudo cubrir las expectativas que la pasante tenía con respecto a éste y a la propia institución, aun más éstas fueron creciendo a medida que se avanzaba en el Servicio Social, llegando inclusive a sobrepasar los propios objetivos del área de psicología.

Así el Servicio Social no sólo constituye un requisito, sino que es la *primera oportunidad de que el estudiante se integre a la vida laboral y adquiera la experiencia que le dará los elementos necesarios para poder seguir en el ámbito laboral.*

INTRODUCCIÓN

La sexualidad no es, como mucha gente erróneamente piensa, tan sólo el acto sexual. La sexualidad está presente en todas las áreas de la actividad humana, influye, y en gran medida determina, tanto el comportamiento individual como la organización social.

¿Cómo es posible que un proceso que acompaña al ser humano desde su nacimiento pueda aún estar rodeado de tantas sombras y mitos? Para entender esto se tendrá que conocer primero la función de la sexualidad en nuestra sociedad. Sin embargo, surge aquí la primera dificultad: *Todavía no enfrentamos sin prejuicios el conocimiento de la sexualidad.*

Durante el desarrollo del servicio social, el contacto cotidiano con una población en su mayoría proveniente de estratos económica y culturalmente bajos, permitió detectar que la generalidad de las familias atendidas presentaron un escaso o inadecuado conocimiento de la sexualidad. Lo que se relacionaba con la aparición o agudización de algunas problemáticas, que se ven aumentadas sobre todo en la etapa de la adolescencia y dadas las condiciones de la población atendida.

Es importante recalcar que la *ignorancia* de la sexualidad no es el *único* factor ocasionante de los problemas mencionados. La falta de recursos económicos, la religión, las costumbres y la explotación de la sexualidad en los medios publicitarios y comerciales son también factores altamente determinantes (en sí, todos ellos estrechamente relacionados).

Si tomamos en cuenta que el ser humano es educado sexualmente desde su nacimiento, *la familia constituye la primera fuente de información sexual*, seguida por el entorno escolar (maestros y amigos) y por los medios masivos de comunicación. Sin embargo, en la generalidad de los casos, esta información es errónea y basada en prejuicios más que en la realidad. Ya que la mayoría de las familias presenta un conocimiento de lo sexual en forma valorativa y no informativa.

Dado que la función de la educación sexual no ha podido ser cubierta adecuadamente por las fuentes primarias, son las instituciones de apoyo social quienes actualmente se han encargado de elaborar y promover programas que tengan como finalidad la difusión de la cultura sexual.

El presente reporte se basa precisamente en un programa de **"Pláticas de Orientación Sexual"** elaborado por psicólogos y pasantes de Psicología del Departamento de Servicios Sociales del DIF, que surgió

de la idea de poder proporcionar los conocimientos básicos de la sexualidad y apoyar a las sesiones de orientación, ante la frecuente necesidad de información y orientación sexual que presentaban los pacientes atendidos.

Este reporte contiene los temas tratados en dichas pláticas así como el análisis de sus resultados y aportaciones, sirviendo de base para el planteamiento de conclusiones y sugerencias. Quede así pues, como un modesto intento de contribuir a la erradicación de la ignorancia y los prejuicios de la sexualidad en nuestra sociedad.

PRIMERA PARTE

MARCO TEORICO

1.- ANTECEDENTES

El interés por la sexualidad se remonta a tiempos tan antiguos como los bíblicos, se establecieron prohibiciones y mitos que tuvieron como objetivo reglamentar la vida sexual del hombre. Prohibiciones que estaban condicionadas por la necesidad de crecimiento poblacional de las tribus, razón por la que el acto sexual sólo se justificaba si era realizado con fines reproductivos.

Partiendo de ésta idea, se comienzan a promover creencias que tendían a rechazar cualquier actividad sexual que no tuviera como fin la procreación, considerándola como *baja, sucia y que atentaba en contra de los mandatos divinos*. Estas creencias rechazaban la masturbación, la homosexualidad, el coito interrumpido, etc. De esta manera se evitaba el derramamiento del semen tan "*preciado*". (Cabañas, 1986).

La posición favorecida que tenían los hombres en las sociedades patriarcales se sumaba a estas creencias, provocando que las mujeres fueran vistas como ciudadanas de segunda clase, adjudicándoles así el plano tradicional de inferioridad. En la biblia, en el libro levítico (Levítico, 12), se establecen algunos preceptos donde se reglamentaban los períodos en los que las mujeres debían abstenerse de tener relaciones sexuales -durante la menstruación y el periodo post-parto-; ya que durante éstos se consideraban "*sucias*" e "*impuras*".

...Cuando una mujer dé a luz y tenga un hijo quedará impura conforme a los días de la impureza de su menstruación. Al octavo día será circuncidado el niño en la carne de su prepucio, ella, empero permanecerá 33 días en la sangre de su purificación. No tocará ninguna cosa santa ni irá al Santuario hasta cumplirse los días de su purificación. Mas si da a luz a una hija

quedaría dos semanas, como en su menstruación y permanecería 66 días más en la sangre de su purificación". (Levítico, 12:1).

Hay que hacer notar como la pena era doble cuando el alumbramiento era a una hija.

La mayoría de las restricciones cristianas asociadas a la sexualidad provenían de los teólogos posteriores a Jesucristo. Probablemente Pablo fue el primer cristiano que hablaba de la moralidad sexual, hizo hincapié en el matrimonio como medio prohibitivo de la fornicación extramarital y consideraba la abstinencia como algo admirable (Mackary, 1984).

San Agustín (354-430) reconoce la existencia de pasiones y manifestaciones sexuales, pese a ésto los ubica como bajas y pecaminosas, salvo cuando fueran realizadas dentro del matrimonio y con fin puramente reproductivo; condenando toda canalización sexual no marital, incluyendo la bestialidad, la homosexualidad y sobre todo la masturbación. (Becerril, 1985).

Santo Tomás de Aquino (1221-12759) a pesar de ser filósofo de la iglesia y defender las acepciones de ésta, introduce como importante la causa del amor del cual resulta la unión carnal, quedando en primer plano el afecto entre la pareja y en segundo la ocurrencia del éxtasis (Becerril, 1985).

En una posición también religiosa está el *Corán*, ley musulmana en la cual al igual que en el catolicismo, la práctica sexual tiene sólo fines de conservación de la especie y todas aquellas acciones que se hicieran fuera del matrimonio eran llamadas "*infames*" y merecedoras de sanción. Sin embargo reconoce unilateralmente el disfrute del hombre, basándose en la superioridad de éste, la cual provenía de las cualidades otorgadas por Dios; marcándose con ésto un carácter patriarcal en las relaciones.

En oposición a los puntos filosóficos anteriores, el *Kamasutra* acepta y resalta la actividad sexual, con su dones espirituales en el sentido de realización material del goce del individuo. El tipo de información que se maneja es en gran parte ilustrada con las poses,

tiempos de duración e ímpetus de deseo. No existen reglas de edad o estado civil para la realización del coito, siempre y cuando sea practicado entre hombre y mujer.

Por su parte, en la antigua Grecia se encuentra presente la preocupación del fenómeno sexual. *Platón* (4248-348) cuando hace referencia al amor implicando desde la amistad, la unión carnal, hasta la realización del ser espiritual, cuestión que no tiene cabida en la vida material, sino en el mundo de las ideas. La sexualidad por ser material y tangible a los sentidos pierde ese valor espiritual. Así la pareja es la búsqueda constante de la mitad de sí mismo para concebir la perfección.

Aristóteles (384-322) reconoce la relación en el sentido simbiótico explicando las funciones naturales que tanto el hombre como la mujer desempeñan dentro del factor sexual, sirviendo más que nada como marco biológico en las investigaciones futuras del ámbito del sexo.

Durante la edad media el *cristianismo* se fortalece y aparecen las supersticiones de la idolatría y fanatismo por esta religión. Las creencias con respecto al sexo se tornan todavía más exigentes de lo que ya eran.

En el renacimiento la represión de tipo sexual sigue estando presente. La mujer no deja de estar en lugar inferior a la del hombre, aunque existe ya una tendencia a la igualdad de ambos sexos. (Fragos, 1956).

En la actualidad esta igualdad se ha alcanzado ya, debido a que las condiciones económicas y sociales de la humanidad han provocado que la mujer se vea en la necesidad de trabajar y con ello independizarse del hombre tanto económica como culturalmente. Por otra parte los constantes movimientos feministas han contribuido a que la mujer se perciba como un ente productivo que tiene que superarse. Con esta superación la mujer puede aspirar a metas que sólo eran destinadas a los hombres dentro de la sociedad.

Estas concepciones religiosas e inventadas se fueron desechando a medida que se realizaban estudios en el campo de la sexualidad.

Sigmund Freud (1856-1939) fue sin duda quien en el área psicológica abarcara con mayor amplitud el contenido sexual de las acciones realizadas por el individuo. Su más grande aportación fue, sin duda alguna, considerar la sexualidad del niño, lo que permitió entender que muchos de los problemas psicológicos que el hombre adulto presentaba eran resultado de complejos mal resueltos en la niñez (Torok, 1977).

Otro de los trabajos que contribuyó grandemente al desarrollo del conocimiento en esta área estuvo en manos de los médicos *Williams H. Masters y Virginia Johnson*, quienes se han dedicado a investigar los aspectos fisiológicos de la respuesta sexual humana y de sus posibles alteraciones. Dividieron esta respuesta en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Estos descubrimientos tienen una visión real y fundamentada en hechos científicos posibilitando el dejar de lado todas aquellas creencias y mitos que sólo tendían a reprimir la conducta sexual y no a explicarla (Davison, Neal, 1980).

En el caso específico de México existen datos de que los *Aztecas* daban ya educación moral a sus hijos la cual se relacionaba con la forma en que se debían comportar de acuerdo a su sexo. A las mujeres se les enseñaba estar en su casa y a permanecer en silencio, salían sólo acompañadas de sus padres o de alguna persona de sexo femenino, que obviamente fuera mayor; tenían como funciones principales el servicio a los dioses y la honestidad, amor y reverencia al marido. Cuando quedaban embarazadas se lo comunicaban inmediatamente a los padres para que éstos hicieran una gran comida. A la hora de dar a luz la familia se volvía a reunir con el fin de determinar quien sería la partera.

El aborto era practicado con frecuencia entre las mujeres del pueblo a quienes no les alcanzaba el sustento. El aborto era realizado primero por una operación por la cual mataba al feto y después realizaban propiamente el aborto.

Los hombres por su parte eran recluidos desde los cinco años que era el tiempo mínimo requerido para que aprendieran el culto a los dioses y no salían sino hasta el momento en que se casaban o cuando eran llamados a combate (Hidalgo, 1979)

En el siglo pasado hubo algunas aproximaciones que abarcaban el aspecto sexual desde un punto de vista más estricto, por ejemplo, la novela de la *"Quijotita y su Prima"* escrita por Joaquín Fernández de Lizardi, la cual trataba la importancia de los patrones conductuales de los hombres y mujeres de aquella época. Este libro que sin duda alguna y aunque nadie lo mencione, un libro dedicado al sexo. Otra de estas aproximaciones fue el examen médico para detectar enfermedades venéreas, la cual debería ser practicado a las esposas de todos los soldados. Este examen se estableció en 1868 por el doctor del cuerpo militar, Francisco Montes de Oca. Un ejemplo más fue la tesis sobre la falta de higiene infantil, donde el doctor Rubén Estrada, planteaba que los hijos al no tener ninguna información sexual por parte de la familia, se veían obligados a recurrir a los amigos, en busca de respuesta a todas sus incógnitas. Respuestas que más que dar información estaban cargadas de prejuicios morales, cuestión que provocaba que la sexualidad fuera vista como algo sucio y malo.

A principio del siglo XX, los intentos de llevar información a la población fueron mucho más serios. El doctor Andrés Benavides, por ejemplo ofrece una serie de conferencias sobre temas sexuales. Conferencias que fueron editadas en el periódico "*La Espirita*" cuya finalidad era divulgar los conocimientos sexuales. Por esta misma fecha la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas, publicó un periódico intitulado "*Cruz Blanca*" en donde aparecen temas como la educación sexual precoz; problemas sexuales en la escuela; la moral sexual en la escuela; la profilaxis de las enfermedades venéreas.

Los primeros intentos de llevar ya una educación institucionalizada surge en los años 20 y 30, inspirada en el socialismo de la educación para los obreros; idea que fue puesta en práctica durante la gobernatura de Felipe Carrillo en Yucatán, iniciándose así el deseo de proporcionar los elementos del conocimiento básico de la sexualidad.

En 1922 el doctor Ignacio Millán escribe su tesis acerca de la "*Higiene Escolar*", donde plantea la importancia que tendrían la implantación de ésta en las escuelas. En 1924 en el segundo Congreso Mexicano del Niño la escritora Teresa Farías expone la idea de la educación gradual en los niños y como se puede iniciar.

En 1927 se inicia una extensa y gran campaña en toda la república, organizada por brigadas de médicos y conferencistas para dar información sexual. En este mismo año el doctor Octaviano Rojas Avendaño desarrolla un cursillo de educación sexual en el anfiteatro Simón Bolívar (Saavedra, 1967).

En 1932 la *Sociedad Mexicana de Eugenesia* emite a la SEP las bases que se formularan como estudio preliminar para la implementación de la educación sexual en México. Narciso Bassals, Secretario de Educación, por su parte recomienda un programa para quintos y sextos años de primaria. Pero en 1933 la unión de padres de familia se levantan en contra de esto exponiendo que los maestros podían encontrar medios de "*violar*" las mentes de los niños. Bajo esta presión el Secretario, Narciso Bassals, renuncia y con ello todos los intentos de llevar una educación sexual en las escuelas. Después de esto siguen surgiendo una serie de libros, folletos y conferencias por parte de personas que pretendían que la información sexual se extendiera por toda la población y que se pudiera impartir a niveles escolares, cuestión que se llevó a cabo hasta 1972 cuando se introduce en la Secretaría de Educación Pública unidades de estudio de la sexualidad en la primaria, siendo para tercero y cuarto grado las diferencias genéticas entre sexos; en quinto se hace más específico el conocimiento de la expresión corporal y del crecimiento; para sexto grado se incluye el desarrollo sexual eminentemente biológico y con fines reproductivos.

Actualmente existen una serie de programas de diversas instituciones que proveen de educación sexual a grandes sectores de la población. Entre estos se pueden encontrar: *El Programa Nacional de Educación Sexual*; (CONAPO); *Programa de Asociación Mexicana de Sexología*; todos ellos tienen como objetivo el fomentar los valores, conocimientos y actitudes responsables frente a la sexualidad, el cambio de roles de manera adecuada, el respeto a la pareja y a los hijos. En general se pretende que a partir de los conocimientos proporcionados se promueva el bienestar familiar en todos los sentidos (Arévalo, 1980).

2.- INTEGRACION DEL CONCEPTO DE INFORMACION SEXUAL

Para poder integrar claramente el concepto de *Orientación Sexual* es necesario partir del concepto de Educación.

La *educación* puede definirse desde varias acepciones y aspectos, sin embargo, la que abarca a todos es en la cual se entiende a la educación como el proceso donde intervienen todas aquellas acciones con las que los hombres intentan mejorar en algún aspecto y de forma duradera la estructura de las disposiciones psíquicas de otros hombres, o conservar componentes enjuiciados como valiosos o importante, con el fin de conseguir el desarrollo el desarrollo e integración de todas sus potencialidades de modo tal que alcance la libertad y máxima adaptación personal (Brezinka, 1990).

Proceso quiere decir actividad, acción, actuación progresivas, en este sentido el fenómeno educativo aparece como un proceso social, impulsado por la comunidad con objeto de ajustar sus miembros a la vida de grupo. Toda obra educativa parte, de la exigencia social y moral de cada cultura, y el éxito dependerá de que estas exigencias sean vigentes para las personas de la sociedad. De este modo la educación no es sólo la transmisión de conocimientos, sino también, de la comunicación de actitudes y conductas que vayan acorde al orden social. Así la educación, tendrá como objetivo principal, el procurar la adaptación, integración y enriquecimiento del sujeto y a la vez que éste pueda contribuir al perfeccionamiento del mundo en que se halla inserto (Broudy, 1992).

La educación de la sexualidad forma parte de la educación integral del individuo, y por tanto debe cubrir con los objetivos planteados por ésta. Para poder cubrir estos objetivos, la *Educación Sexual* no debe limitarse a la simple información anatómica y fisiológica del individuo, debe enfatizar el desarrollo de las actitudes positivas y servir de guía entre las relaciones de ambos sexos, es decir, debe conocer y manejar la dimensión psicológica y social que envuelve a la sexualidad. (Azcárraga, 1976)

La Educación Sexual se define entonces, como el progresivo proceso de cuidados, orientaciones, informaciones y ejemplos respecto al sexo con sus respectivas fases de desarrollo biológico, psicológico y social, que abarcan desde el nacimiento, la madurez sexual y que terminará hasta la muerte del individuo (Kilander, 1973)

El objetivo principal de la educación Sexual es el perseguir el ejercicio saludable, responsable y consciente de la sexualidad, así como el desarrollo integral de la personalidad del sujeto que se hace posible sólo mediante la eliminación de mitos y tabús. (Monroy, 1981).

Estos objetivos son cubiertos a través de la orientación y canalización adecuadas, que se dan a partir de proveer al individuo, la información para desarrollar el entendimiento de las relaciones humanas en sus aspectos físico, mental, emocional, social, económico y psicológico. (Ídem).

De acuerdo a lo anterior la *información* y la *orientación* son dos elementos estrechamente relacionados, pero diferentes, de la Educación Sexual.

La *información* sexual es la transmisión de conocimientos de generación en generación y puede ser de dos tipos *inconsciente* y *consciente*. La primera de ellas se le ha denominado también *información informal*, se adquiere de manera asistemática y por el contacto diario con los demás, siendo en la familia donde se adquiere principalmente (Lejuene, 1979). En el caso de la sexualidad esta información se aprenden por medio de las actitudes de los padres, de como éstos llevan su propia sexualidad; del respeto que tengan hacia su propio sexo y hacia el contrario, de las reacciones que tengan ante las preguntas infantiles, que vayan dirigidas a aclarar dudas en este terreno. (Quintanilla, 1974).

La *información consciente o formal*, opuesta a la anterior es aquella que se da en forma sistematizada, impartándose generalmente por instituciones. Se refiere a la adquisición de toda experiencia intencionada, con la finalidad de procurar conocimientos predeterminados y que en última instancia influyan en la conducta del individuo como resultado de este aprendizaje. (Ortiz, 1989)

El segundo elemento, la *orientación*, se define como la *fase del proceso educativo que consiste en el cálculo de las capacidades, intereses y necesidades del individuo para aconsejarle acerca de sus problemas, asistirle en la formulación de planes para aprovechar al máximo sus facultades y ayudarlo a tomar decisiones que le sirvan para promover su bienestar* (Tyler, 1979).

Para llevar a cabo esta orientación es necesario, obviamente, una persona preparada que aconseje, no solo a partir del análisis y evaluación del individuo como ente aislado, sino como parte de una sociedad, donde la forma de vida, los problemas, las normas sociales, las reglas de comportamiento etc., son diferentes en cada una de ellas e incluso van cambiando de acuerdo al procesos histórico en que se encuentren o bien la situación sociopolítica de cada una de ellas, y en sí del individuo. De esta forma la *Orientación Sexual* abarca los problemas de los padres, de los hijos, el desarrollo sexual desde la infancia hasta el momento de la consejería, los compañeros sexuales de igual o del sexo opuesto, etc. es decir evalúa el contexto individual, familiar y social de

cada persona, con el fin de ir guiando de acuerdo a sus necesidades, experiencias y vivencias.

La evaluación del individuo y de sus problemas, requerirán, de un proceso largo donde la comunicación, la confianza y sobre todo la confidencialidad estén presentes en todo momento. Esto es casi imposible de llevar a cabo en presencia de personas ajenas al problema (Schilder, 1978).

Es importante recalcar que tanto la Orientación y la Información Sexual al ser elementos de la Educación Sexual, se interrelaciona por momentos y en la vida real no hay una separación tan tajante.

Hasta el momento se ha mencionado como el ser humano adquiere la información, las actitudes, los valores, etc, en relación a la sexualidad pero ahora habrá que definir el término de Sexualidad.

La Sexualidad, frecuentemente es reducida al acto sexual, ciertamente es una forma en la que la gente expresa sus sentimientos sexuales, sin embargo la sexualidad es algo más complejo, que abarca el nacimiento, la reproducción y la muerte, e involucra sentimientos, emociones, pensamientos, etc. (Pick, 1989). Es decir toma *aspectos biológicos, psicológicos y sociales*.

El *aspecto Biológico* está determinado por el *Sexo* que es la serie de características físicas, genéticamente dada a un individuo; la forma y aspecto de los genitales externos e internos de los sexos.

El sexo femenino y el masculino se distinguen por su fórmula somática. El *sexo femenino* tiene una fórmula somática "XX", el *sexo masculino* "XY". Esto es debido a que el óvulo siempre tiene un cromosoma sexual "X" que si se une al espermatozoide que tenga un cromosoma "X", dará como resultado una niña, pero si el cromosoma del espermatozoide es "Y" el producto será un varón. (Alvarez, 1985)

El *aspecto Psicológico* se define por la *identidad sexual* que el ser humano desarrolla de acuerdo al sexo al que pertenece. En pocas palabras es la forma muy propia, personal e íntima de ser hombre o mujer.

El *aspecto Social* se refiere al *Rol Sexual* que son todas aquellas actitudes y comportamientos que determinada sociedad establece como las adecuadas y que determinan a cada sexo.

Así la Sexualidad es definida por Alvarez Gayou como:

" *La Sexualidad es todo aquello que somos, sentimos y hacemos en función del sexo al que pertenecemos*". (Alvarez, 1985, p7)."

De lo anterior se puede concluir que tanto la *Información Sexual* y la *Orientación Sexual* constituye elementos de la *Educación Sexual*, pero, la primera es definida como la transmisión de conocimientos ya sea de manera consciente o inconsciente. La información difiere de la *Orientación* porque su finalidad es sólo dar los elementos o conocimientos básicos de la sexualidad sin tener una postura o querer guiar con respecto a ciertos intereses personales o sociales.

3.- ADOLESCENCIA.

"La Adolescencia" es la transmisión de la niñez a la vida adulta y constituye sólo una fase del crecimiento total del individuo; no se debe olvidar su continuidad con otras fases. Este proceso tarda algunos años y se presenta a diferentes edades, de acuerdo al sexo, clima, cultura, herencia".
(Monroy, 1986. p 50).

En la sociedad occidental la adolescencia comienza alrededor de los doce o trece años, y se ve anunciada por la *pubescencia*, estadio que dura aproximadamente dos años, se caracteriza por el rápido crecimiento fisiológico de los órganos sexuales y la maduración de sus funciones, apareciendo a la vez las características sexuales secundarias. La pubescencia termina con la aparición de la pubertad, punto en el que un individuo ha alcanzado su madurez sexual, es decir, el nivel fisiológico en el que el joven está preparado para reproducirse.

El final de la adolescencia es difícil de determinar. En algunas sociedades llegan a su fin cuando hay ya una madurez. Madurez que puede ser de varios tipos; *intelectual* que es alcanzada cuando existe un pensamiento abstracto; *social* que se da cuando el individuo es capaz de sostenerse y mantener una familia; *legal*, la cual se da a los dieciocho años y *psicológica* cuando se ha adquirido la propia identidad, el joven se independiza de los padres desarrollando un sistema de valores para tener relaciones estables de amistad y amor. (Papalia, 1986).

Durante éste período existen una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales.

aquellas que están estrechamente relacionadas con el desarrollo de los órganos sexuales. Las características *secundarias* son aquellas que distinguen a un hombre y una mujer maduros. Algunas de estas características son por ejemplo, el tono de la voz, el crecimiento de los senos, de vello púbico y axilar, etc.

Las características *primarias* están estrechamente relacionadas con los *cambios y funciones de los órganos sexuales*, por lo tanto se hace necesario su conocimiento.

Los órganos sexuales tanto femeninos como masculinos se dividen en internos (están dentro del cuerpo) y externos (en la superficie del cuerpo). (CONAPO, 1982).

3.2.- ORGANOS SEXUALES FEMENINOS

OVARIOS. Estos son dos glándulas genitales localizadas a ambos lados del útero, encontrándose unidas a éste y a las trompas de falopio por un ligamento flexible. Son cuerpos de color rosado - grisáceo con un peso y un tamaño aproximado al de una almendra con cáscara. Su función principal es la producción de óvulos (hormonas que contribuyen al deseo sexual). Dentro de cada ovario hay numerosas vesículas llamadas folículos. Cada folículo alberga un óvulo. Al nacer la mujer cuenta con aproximadamente de doscientos a cuatrocientos mil folículos en cada ovario, número que va disminuyendo continuamente a medida que se desarrolla el cuerpo de la mujer. Cada mes, más o menos a la mitad del ciclo menstrual se rompe un folículo liberando un óvulo, a éste proceso se le conoce como ovulación. La mujer ovula aproximadamente trece veces al año, cerca de treinta años en que la mujer es fértil, puede observarse que sólo de cuatrocientos a quinientos de los óvulos son liberados.

Después de que el óvulo es expulsado del ovario, la membrana del folículo se invagina y el lugar vacante se llena de un cuerpo llamado amarillo. Este nuevo crecimiento celular produce progesterona, hormona que inhibe la ovulación durante el embarazo (Mackary, 1982).

Una vez que el óvulo ha sido liberado, la superficie del ovario lo recoge para ser recibido por la trompa, a partir de entonces y como máximo veinticuatro horas después, el óvulo puede ser fertilizado. Los movimientos musculares rítmicos de la pared de las trompas y el flujo de las secreciones transportarán al óvulo hacia el útero (Schnabl, 1979).

UTERO. Es conocida también con el nombre de matriz. Es un órgano con paredes gruesas y musculosas en forma de pera alargada y aplastada. Se sitúa encima de la vagina, entre la vejiga y el recto. El útero es el órgano de la gestación y el parto. (Brookmiller, 1978).

VAGINA. Es un conducto muscular que va desde el cuello del útero hasta los órganos genitales externos (labios mayores, monte de venus, etc.) Tiene como funciones alojar el pene durante la relación sexual; permitir la evacuación del sangrado durante la menstruación y al feto durante el parto. (Gantus, 1982)

Los **órganos externos** son los siguientes:

MONTE DE VENUS. También conocido como pubis, es una almohadilla de grasa delimitada a cada lado por los pliegues de las ingles. Durante la pubertad se recubre de vello.

LABIOS MENORES. Al igual que los mayores, son dos pliegues que se encuentran situados dentro de los labios mayores. Están separados por un surco y miden aproximadamente tres centímetros de largo por un centímetro de ancho. El extremo anterior se divide en dos partes para formar el capuchón y el frenillo del clitoris.

CLITORIS. Es el órgano eréctil que suele compararse con el pene del hombre, esta situado en la parte superior y delantera de la hendidura que separa los labios y juega un papel muy importante en la función erótica ya que al ser estimulado se obtiene placer sexual. Su longitud varía bastante, pudiendo medir de 3 a 6 centímetros (cuando no está en erección) o incluso el doble. (MacKary, 1982).

HIMEN. Es una pequeña membrana que cierra en parte el orificio inferior de la vagina, el cual, regularmente resulta más o menos rasgados en el curso del primer coito, sin embargo en algunas mujeres puede ocurrir dicho desgarramiento mucho antes de cualquier relación sexual, por ejemplo en alguna caída muy fuerte, al practicar un deporte o inclusive hay mujeres que nacen sin éste. Existe también la posibilidad de que dicho himen no tiene ninguna perforación e impide la evacuación de la menstruación, en estos casos se hace necesario una intervención quirúrgica. El himen puede ser de diferentes tipos: anular, labiado, dentado, etc. y cualquiera de ellos puede ser perforado por una simple aparición menstrual. (Brokmilller, 1978),

3.2.1- Menstruación.

El cambio más importante para las mujeres, durante la adolescencia, es la *menstruación* ya que indica que la joven está *sexualmente madura* para la reproducción.

La menstruación es una evacuación sanguínea incoagulable que proviene de la matriz y aparece en la vagina cada 28 días aproximadamente, pudiendo variar de 24 a 32 días.

La edad de inicio es variable de acuerdo a diversos factores raciales, climatológicos, nutricionales y hereditarios. En países como México la primera menstruación puede presentarse entre los 11 y los 15 años y se le conoce como menarquía (Gantus, 1982).

En algunas ocasiones existen ausencias de menstruación, cuyo origen puede deberse a diferentes causas como el embarazo, lactancia, algunas enfermedades o alteraciones emocionales (Mackary, 1982).

El ciclo menstrual presenta tres fases:

La primera llamada fase *Folicular o de Proliferación*. Esta aparece el quinto día después de que se ha dado la menstruación (tomando como primer día, el inicio de la menstruación) y finaliza el día catorce del ciclo. Su mecanismo de acción comienza cuando la hipófisis manda su mensaje químico para que secreta la hormona estimulante del folículo (FSH) la cual hará que cualquiera de los dos folículos maduren y se desarrollen (Guyton, 1984). Al mismo tiempo el óvulo joven u ovocito se adhiere a la superficie del ovario y secreta una hormona femenina llamada foliculina o estrógeno, que actúa estimulando el crecimiento del tejido endometrial (capa o velo que recubre la matriz). Además, actúa sobre la hipófisis inhibiendo la producción de (FSH) que, a su vez, evita la maduración de otro folículo (Gantus, 1982).

La segunda fase es la *Ovulación*. Ocurre alrededor del catorceavo día del ciclo menstrual. Durante ésta la hipófisis secreta la hormona luteinizante (LH) que provoca a su vez la rápida secreción de estrógenos, la cual conduce a las fases finales de maduración del folículo, produciéndose entonces la ruptura de éste y así la liberación del óvulo que desciende por la trompa de falopio correspondiente. La ruptura tiene lugar de 16 a 24 horas después de que la hormona luteinizante alcanza su punto máximo de liberación. Los niveles de progesterona aumentan significativamente 2 días después, al igual que la temperatura basal. El moco cervical se vuelve más filante y menos viscoso para facilitar el posible tránsito de espermatozoides. (Carrera, 1985)

La tercera fase es conocida como *Luteínica*. Después de que el folículo se rompe y se libera el óvulo, las células del folículo aumentan de tamaño acumulando un pigmento amarillo llamado lútea, convirtiendo al folículo en el cuerpo lúteo o amarillo que produce una hormona llamada progesterona la cual actúa sobre el tejido endometrial preparándolo para la posible implantación del huevo. De no ocurrir la fecundación, los niveles de estrógeno y progesterona descienden bruscamente, produciéndose el desprendimiento del tejido endometrial ocasionando el sangrado o menstruación. (Pick, 1989).

3.2.2.- Tensión premenstrual.

Muchas mujeres reportan algunas molestias días antes o durante la menstruación, a estas molestias se les conoce como *tensión premenstrual*.

Esta tensión puede ser resultado de un desequilibrio hormonal como el aumento de estrógenos y el déficit de progesterona. *La tensión premenstrual* se caracteriza por las siguientes molestias.

EDEMA. (retención de líquidos) y aumento de peso. Esto es porque en vez de eliminar el exceso de líquidos por los riñones o sudoración, estos se quedan en los tejidos y se acumulan en los tobillos, manos y senos.

DOLOR DE SENOS. Esto puede ser consecuencia de la retención de líquidos y de la congestión producida.

CEFALEA. Generalmente es de tipo "migraña", es decir se da hacia un lado de la cabeza con aparición repentina y puede estar acompañada de vómito, náuseas y/o molestias visuales.

DISMINORREA. Es un dolor tipo cólico espasmódico en el bajo vientre que puede extenderse en la parte baja de la espalda y a los muslos. Se produce regularmente por el aumento de contractilidad de la matriz que aumenta cuando el tejido endometrial no se ha desprendido adecuadamente de ésta. Una estrechez en el cérvix hace más difícil la salida de los pedazos del tejido o de la misma sangre, por ejemplo cuando existe la presencia del dispositivo (Wilcorner, 1982).

FACTORES PSICOLÓGICOS. Algunos de éstos como el *temor y la ansiedad al dolor* contribuyen al aumento de las molestias premenstruales.

La *irritabilidad* y la *agresión* se presentan en la mayoría de las mujeres, quienes se alteran por cualquier cosa y riñen con facilidad. Así mismo se presenta en ocasiones cierta *depresión*. (Gantus, 1982)

3.3.- ORGANOS SEXUALES MASCULINOS.

Los órganos del aparato *Sexual Masculino* son los siguientes:

PENE. Tiene forma de tubo y está formado por tres conductos rodeados por una resistente envoltura de piel elástica, fina y muy sensible, Estos tres conductos son cuerpos eréctiles, dos de ellos cuerpos cavernosos paralelos y uno esponjoso.

Cuando el pene no se haya en erección suele medir entre seis y diez centímetros. En estado de excitación o erección alcanza a medir de 15 a 18 centímetros en promedio, Su longitud y diámetro varían considerablemente según los individuos (Mackary, 1982).

La erección es causada por la excitación sexual. Bajo el efecto de ésta la sangre fluye a las cavidades cavernosas y al cuerpo esponjoso, manteniendo al pene en erección siempre y cuando exista el estímulo físico o psicológico que provoca la excitación, volviendo a su estado de flacidez una vez que este estímulo cesa. (Masters y Johnson, 1981)

El pene está formado por una cabeza o glande; un reborde que separa al glande del cuerpo, llamado frenillo. En la parte central del glande se encuentra el meato urinario o uretra, conducto por el que pasa la orina o el semen. Las *partes más sensibles del pene suelen ser el glande* (debido a la gran cantidad de terminaciones nerviosas que posee) y *el frenillo*. Al llegar al glande, la piel forma un pliegue llamado prepucio que lo cubre en su estado normal.

El pene tiene diversas funciones, entre las que destacan la *expulsión de orina y la emisión del semen durante el coito, depositando los espermatozoides en la vagina de la mujer.*

ESCROTO. Es un saco o bolsa, constituida por varias capas de diversos tejidos y recubiertas por piel. Se sitúa debajo del pene. Su principal función *es contener a los testículos y mantenerlos a una temperatura adecuada para la producción de espermatozoides.* Habitualmente la temperatura escrotal es ligeramente inferior a la del cuerpo. Esta es necesaria para la reproducción de los espermatozoides.

TESTICULOS . Son dos órganos en forma ovalada, situados abajo del pene, ente los muslos y adentro del escroto. En el hombre adulto miden de cuatro a cinco centímetros de largo; de 2 a 3 centímetros de ancho; 3 centímetros de grosor y pesan de 22 a 25 gramos.

Los testículos están compuestos de una gran cantidad de pequeños tubos llamados seminíferos, siendo alrededor de 1000 por cada testículo. Estos tubos son de forma espiral y diámetro pequeño. Entre dichos tubos se encuentra también un tejido conjuntivo que contiene cierto tipo de células llamadas de *Leyding* las cuales tienen a su cargo la función de producir la hormona masculina, la *testosterona* que se encarga del impulso sexual y de las características sexuales secundarias (Schnabal, 1979).

Estos tubos van a desembocar en unos tubos más gruesos que se encuentran en la parte superior de cada testículo, llamado *Epididimo*, el cual tienen forma de media luna creciente.

CANAL DEFERENTE. También llamado "*Ducto Genital Principal*", mide cerca de 45 centímetros de largo. Se origina en el extremo terminal del epididimo y sube hacia la cavidad abdominal. No sólo sirve como un pasaje de los espermatozoides, sino también como un lugar de almacenamiento, particularmente en su extremo superior donde se ensancha constituyendo una *ámpula* que se une a la vesícula seminal.

VESÍCULA SEMINAL . Hay dos vesículas seminales. Son bolsas membranosas con una sola salida, situadas detrás de la vejiga, son dos órganos en forma de pera alargada, de 4 a 5 centímetros de longitud. Su actividad es *fundamentalmente glandular*, sus células segregan un líquido amarillento que contiene grandes cantidades de azúcar necesaria para el metabolismo de los espermatozoides. Otra de las funciones que se le acreditan es el *almacenamiento de espermatozoides junto con la sustancia secretada, acumulándose continuamente*. La salida de las vesículas se une a la próstata y a otro conducto llamado eyaculatorio. (Taylor, 1973).

PRÓSTATA . Es una glándula que se encuentra bajo y delante de la vejiga urinaria, rodeando la uretra (desembocadura de la vejiga). Es un cuerpo firme que pesa alrededor de 20 gramos. La función es la de *elaborar un líquido espeso y lechoso llamado "Líquido Prostático" que tiene la función de alcalinizar todas las sustancias que pasan por él para que los espermatozoides se desplacen con mayor rapidez a diferentes zonas sin ser destruidos*.

La próstata es atravesada por los conductos eyaculadores que se encuentran dentro de su cuerpo y desembocan en la uretra.

CONDUCTOS EYACULADORES. Es un conducto pequeño que une a las *vesículas seminales con la próstata y la uretra*. Conduciendo las secreciones de las vesículas seminales, mezcladas ya con los espermatozoides y la secreción prostática hacia la uretra. (Short, 1987).

URETRA . Es un conducto que comienza en el cuello de la vejiga urinaria y termina en el meato urinario (abertura que esta en la parte central del glande). Cubre una doble función, la primera es el *drenar la orina* y la segunda es actuar como la parte final de los "*tubillos*" que conducen el producto completo del sistema reproductor, *el semen*. En su origen se encuentra rodeado por dos esfínteres (anillos musculares) que impiden la salida de semen y orina al mismo tiempo. En su parte posterior se localizan las Glándulas de Cowper.

GLÁNDULAS DE COWPER . Son dos estructuras del tamaño de un chícharo, ubicado en ambos lados de la base de la uretra. Durante la excitación sexual las Glándulas, *secretan un líquido alcalino que lubrica y neutraliza la acidez de la uretra para el paso rápido y seguro del semen*. Este líquido delgado puede *observarse en el meato urinario durante la excitación sexual y antes de la eyaculación*. Este líquido generalmente no contiene espermatozoides, pero algunas veces logran pasar al mismo. Por lo tanto es posible que una mujer se embarace por la simple penetración del pene, aún cuando el hombre no deposite el semen dentro de la vagina.

SEMEN . Es el producto final del sistema masculino. Se le conoce también como "*líquido seminal*". Está constituido de espermatozoides y secreciones del epidídimo, vesículas seminales, próstata y glándulas de Cowper. Los espermatozoides son producidos constantemente: 50 millones cada 24 horas; estando en el cuerpo del hombre pueden permanecer almacenados (bajo buenas condiciones) alrededor de 3 meses; su duración fuera de éste es de 6 horas. El semen varía de hombre a hombre, algunas veces es delgado y transparente, y otras espeso y casi gelatinoso; dependiendo muchas veces de la frecuencia de relaciones sexuales que tenga el individuo. El proceso de expulsión del semen es conocido como *eyaculación*, la cual se da en dos fases: la *emisión* y la *expulsión*. En la *emisión* se contraen los órganos reproductores internos comenzando por el epidídimo, pasando por el conducto deferente, vesículas seminales, próstata y terminando en la uretra. La *expulsión* consiste en la acción misma de sacar el semen desde la uretra, cosa que se realiza principalmente por las contracciones del músculo que rodea la uretra. Las sensaciones y respuestas musculares que acompañan a la eyaculación constituyen *el orgasmo* (Guyton, 1984).

4.-CARACTERISTICAS SEXUALES SECUNDARIAS

Las características sexuales secundarias, como ya se había mencionado, son aquellas que distinguen a un hombre maduro de una mujer madura. Entre algunos de estos signos de maduración se encuentran el desarrollo de los senos y ensanchamiento de caderas en las mujeres, el ensanchamientos de hombros en los varones y algunas características que aparecen en ambos sexos como cambio de voz, cambios en la piel y crecimiento de vello púbico, corporal y axilar, además de los cambios psicológicos, que suelen ser los más conflictivos. (CONAPO,1982)

Ensanchamiento de caderas y hombros. Estos se presentan en los primero años de la pubescencia, marcando las primeras diferencias notables entre ambos sexos.

Crecimiento de Vello. La región púbica se empieza a llenar de vello liso, fino y ligeramente más oscuro que el del resto del cuerpo. Después de algunos meses o a veces años, este vello se torna grueso y rizado. El vello axilar también empieza a crecer y, para algunos adolescentes, la barba aparece. En algunas jóvenes aparece una cantidad de vello muy ligero sobre el labio superior, a menudo produce consternación y ansiedad aunque esto es perfectamente normal. El vello en el pecho aparece muy tarde, cuestión que para muchos chicos es frustrante. La mujeres muestran preocupación constante ante la aparición de dicho vello sobre sus pezones, cosa que también es normal (Papalia, 1986).

Desarrollo de los Senos. Aunque las glándulas mamarias comienzan a desarrollarse hacia la sexta semana de la vida prenatal y los principales conductos de leche están ya presentes al nacer, las manifestaciones externas de tales hechos no se muestran antes de la pubertad. Los pezones se agrandan y sobresalen, las aureolas o áreas pigmentadas también se agrandan y los senos toman primero una forma cónica y luego redondeada (idem)

Cambios de la Piel. Los cambios más evidentes de ésta son los barros y puntos negros que anteceden a la aparición del acné. El acné es producido por la creciente actividad de las glándulas sebáceas, que tornan la piel más gruesa. En esta época el acné constituye la ruina de la vida de los adolescentes. La actividad de estas glándulas también hace que el cabello sea más grueso y, por otro lado, las glándulas sudoríparas trabajan más haciendo que el sudor sea más fuerte (idem).

4.1.-CAMBIOS PSICOLOGICO Y SOCIALES.

La adolescencia es una fase crítica, los cambios físicos se ven acompañados de transformaciones en el área emocional, social, sexual e intelectual.

Las manifestaciones típicas de estos cambios son la inseguridad, inestabilidad del humor y de la actividad, egocentrismo, desorientación emocional, preocupación por el físico y la salud, conflictos de autoridad, rebeldía, lucha por la independencia, culto a los héroes, sugestionabilidad, temor al ridículo, al fracaso y finalmente la búsqueda de la identidad (Ackerman, 1986).

Sin duda alguna el cambio más importante en este periodo es la búsqueda de la *identidad*, del saber "*quién soy yo*". Este proceso de formación puede ser relativamente sencillo, complejo o prolongado. El éxito o fracaso de éste depende de muchos factores. El joven se enfrenta a un cuerpo nuevo que tiene nuevas conductas, sentimientos y potencialidades, al mismo tiempo que debe adaptarse a una nueva constelación de valores, interpretaciones y significados que le presenta la sociedad, armonizando la visión de sí mismo y del mundo que lo rodea (idem).

Este tipo de búsqueda ansiosa de la identidad, de los valores y de orientación social, es paralelo al interés creciente en los conflictos sociales, económicos, religiosos y filosóficos.

La *autoestima* es otra de las cuestiones de conflicto, muestra una sensibilidad extraordinaria en cuanto al sí mismo, reacciona de manera inmediata a lo que piensan de él, siendo especialmente vulnerable a los juicios de rechazo o aceptación.

La falta de confianza en sí mismo y el temor al fracaso se asocian con sentimientos de ansiedad, timidez, sumisión, y en el otro extremo, de rebelión excesiva (idem).

Un área central del desarrollo de la adolescencia es la maduración sexual. El adolescente está siempre atento a su imagen y apariencia física, tratando de estar a la moda y de ser cada vez más atractivo al sexo contrario. De ahí que el *acné* se convierte en un verdadero problema que demerita la imagen que el joven tiene ante sus compañeros.

Las "citas" cobran una importancia exagerada, pues constituyen la posibilidad de establecer un contacto real y no imaginario con el sexo

contrario. Durante éstas los jóvenes tienen sus primeros besos. *El beso es el primer contacto con contenido sexual.* El beso profundo o conocido como "francés", es en el que la lengua de uno penetra en la boca del otro, éste tiene ya un contenido específicamente sexual y que en ocasiones no necesariamente sigue al beso de labios (Schofield, 1976).

La masturbación es otra actividades de contenido sexual practicada por la mayoría de los adolescentes. *La masturbación es la manipulación o estimulación de los órganos genitales para producir placer.* Durante la adolescencia ésta tiene la función de dar un mejor conocimiento de los órganos sexuales y de sus respuestas, además de formar parte integral del desarrollo del individuo.

Aunque esta actividad constituye un acto perfectamente normal, a lo largo de la historia se ha visto acechado de argumentos falsos que prohíben su práctica, argumentos tales como: *"la masturbación excesiva produce fatiga y debilidad física"*, *"toda idea, fantasía o pensamiento relacionada con ésta es malsana"*, *"al individuo que la lleva a cabo le pueden salir pelos en la mano o puede quedar tonto"*, etc. Estos mitos al igual que todos los que rodean a la sexualidad traen como consecuencia la culpa y el temor al castigo divino. El joven piensa que su conducta es inadecuada y busca apresurar su actividad masturbatoria y terminar lo más pronto posible. En ocasiones esto lleva a los jóvenes a presentar problemas tales como la eyaculación precoz (Mackary, 1982).

La incidencia y frecuencia de la masturbación varía de acuerdo al sexo, religión, cultura o posición socioeconómica a la que pertenece el individuo.

Otro de los aspectos que se ven altamente afectados durante la adolescencia es la *relación con los padres.* A medida que el niño crece se aleja poco a poco del hogar, tanto en cuerpo como en mente, hasta que llega el momento en que su casa es sólo el lugar donde come, duerme y le lavan la ropa (Alavarado, 1989).

La comunicación de padres a hijos se vuelve cada vez más distante. Los hijos no confían en los padres, ya que éstos se convierten en la imagen de autoridad que sólo da órdenes y no puede comprender sus necesidades. El adolescente lucha fervientemente por su independencia, pero el hecho de tenerla le causa un gran temor. Esta ambivalencia entre independencia y dependencia la padecen, en unión al joven, los padres, quienes alentan a sus hijos a ser independientes y por otro lado los retienen por el miedo a ser relegados o perder su ya debilitada autoridad. La mayoría de los conflictos se dan en relación a las salidas que empiezan a tener con el sexo contrario (aumentando el conflicto cuando son mujeres), la elección de amistades, los horarios de llegada y la manera de vestir con la que el joven se identifica, que a veces, más que

una moda, representa un estado de rebeldía contra la sociedad y obviamente contra los padres (Estrada, 1990).

5.-PREFERENCIAS SEXUALES Y RESPUESTA SEXUAL HUMANA

5.1.-PREFERENCIAS SEXUALES

En la etapa de la adolescencia, como se mencionó anteriormente, el ser humano adquiere su *identidad sexual* definida, traza metas y proyectos que delinearán su vida adulta.

Estas metas las llevará a cabo a través de la adhesión a diferentes grupos. Por naturaleza los seres humanos tienden a unirse e interactuar en grupos, realizando actividades que los conduzcan al logro de objetivos y metas comunes. Todos los individuos por tanto, pertenecen a diferentes grupos dependiendo de las metas que deseen alcanzar (Rodney, 1988).

De la convivencia con los grupos, el adolescente va adquiriendo una serie de experiencias de diferentes tipos; que lo van ayudando a definirse como adulto, reafirmarse como hombre y mujer, preparándolo para la elección de una pareja.

La elección de esta pareja sexual puede ser del sexo opuesto o del mismo sexo. Al primer tipo de relación, al que se *establece entre un hombre y una mujer, se le conoce como relación heterosexual*, siendo la que se presenta con mayor frecuencia. La relación que un sujeto establece con parejas de *ambos sexos se conoce como bisexual*, las personas que mantienen este tipo de relaciones son rechazadas tanto por los homosexuales como por los heterosexuales, por considerarlos como no definidos. La elección de *un sujeto del mismo sexo es conocida como relación homosexual*, definida por Alvarez Gayou como:

"El gusto o preferencia que tienen algunas personas para relacionarse afectivamente y/o eróticamente (en busca de excitación u orgasmo sexual) con personas de su mismo sexo" (Alvarez, 1985).

Este mismo autor menciona que se han desarrollado una gama de teorías y trabajos para explicar la causas del *homosexualismo* y del *lesbianismo* (nombre correcto que se le da a la relación entre dos mujeres). Las causas que se mencionan son de origen genético, hormonal y psicofamiliar. La primera se refiere a que son cuestiones *heredadas*. *La de origen hormonal* se refiere a una mayor cantidad de hormonas, ya sean masculinas o femeninas, de las que normalmente posee un sujeto. *La de origen psicofamiliar*, establece que las correlaciones familiares, ya sea por exponerse a una experiencia traumática dentro de la familia (violación, juegos sexuales, etc.) o porque el ambiente familiar, al ser inadecuado, promueve el desarrollo de la homosexualidad. Ninguna de estas tres teorías ha sido comprobada. (Alvarez, 1985)

Independientemente de la pareja que el individuo elija, los *cambios fisiológicos* que se producen en él, cuando hay una estimulación sexual son iguales en cualquiera de los tres tipos de relación antes mencionados (incluso durante la masturbación).

Estos *cambios fisiológicos* se producen al haber un *estímulo sexual efectivo* (cualquier situación que provoque una respuesta sexual) y pueden ser *externas e internas*. Los primeros son aquellos que se perciben por los órganos de los sentidos (visuales, auditivos, gustativos, táctiles, etc.) y no producen una respuesta refleja específica. Los segundos (internos) son los que se originan en los centros superiores, como los recuerdos, las fantasías, etc. (Alvarez, 1990).

Los *estímulos efectivos* varían de persona a persona; sin embargo, en general existen ciertas zonas que son más sensibles a la estimulación sexual: *las zonas erógenas*. Básicamente las zonas erógenas son los órganos genitales y superficies que los rodean, regiones internas y externas de los muslos, nalgas, abdomen, etc. *Las zonas erógenas no genitales* son las glándulas mamarias, oídos, espalda, hombros, cuello, lóbulo de la oreja, párpados y especialmente labios y lengua (Mackary, 1982).

La manipulación de estas zonas durante el acto sexual, se conoce como *juego sexual o erótico* y tiene como función principal la excitación de la pareja.

5.2.- RESPUESTA SEXUAL HUMANA.

La respuesta sexual humana se da a partir de un estímulo sexual en el que el organismo responde de manera cíclica en ambos sexos. Dicho ciclo está constituido por cuatro fases:

FASE DE EXCITACIÓN. Esta inicia cuando el individuo recibe un estímulo sensual adecuado, proviene de los cinco sentidos (vista, tacto, olfato, gusto y oído) así como también de la propia elaboración psicológica del estímulo sexual (sueños, fantasías eróticas, imaginaciones, etc.).

Las respuestas fisiológicas predominantes en esta etapa son la vasocongestión y la vasodilatación. (Alvarez, 1990).

FASE DE MESETA. Esta se da cuando el estímulo continua, con el aumento de los niveles de tensión fisiológica.

FASE DE ORGASMO. Esta constituye el punto culminante del coito. En un intervalo de pocos segundos se descarga toda la tensión física de placer que somete a una actividad nerviosa superior a un esfuerzo tan intenso que todas las ideas y percepciones que ocupan antes y después la mente de las personas puede extinguirse por un momento. (Masters y Johnson, 1981).

FASE DE RESOLUCIÓN. En esta fase el individuo regresa a las condiciones normales, es decir, a las que había antes del estímulo sexual.

5.2.1.- Modificaciones de la Respuesta Sexual en la Mujer.

FASE DE EXCITACIÓN:

- Excitación de los pezones, que se caracteriza por la erección de éstos. (constituye la primera respuesta sexual).
- Los labios mayores y menores se agrandan, abriéndose los primeros.
- La vulva cambia de color debido a la congestión.
- La vagina se distiende y amplía su longitud.
- El clítoris aumenta de tamaño y se vuelve sensible, incluso molesto.

FASE DE MESETA:

- Vasocongestión en el tercio externo de la vagina.
- Contracciones del clítoris, dejando de ser visible.

FASE DE ORGASMO.

- Aumento de frecuencia respiratoria, cardíaca y arterial.
- Se denotan contracciones rítmicas, que se dan por la tensión de los músculos. Estas contracciones se dan en el tercio externo de la vagina y constituyen el fenómeno más importante del orgasmo (Masters y Johnson, 1981).

FASE DE RESOLUCIÓN.

- Desaparecen las modificaciones anteriores.
- Se inicia el periodo de relajación muscular.
- Algunas mujeres sin hijos pueden tener deseos de orinar por el roce del pene con la cara anterior de la vejiga.

5.2.2.- Modificaciones de la Respuesta Sexual en el Hombre.

FASE DE EXCITACION.

- Erección del pene por la vasocongestión sanguínea.
- La piel del escroto se tensa y se engruesa.
- Ascendencia de los testículos.

FASE DE MESETA.

- Incremento de tensión muscular.
- Movimientos involuntarios de la cara, cuello y abdomen (Masters y Johnson, 1981).
- Al final de esta fase, cuando el hombre ha sido estimulado correctamente, salen gotas de líquido, el cual puede contener espermias (Schnabl, 1978).

FASE DE ORGASMO.

Esta se da en dos periodos:

- Antes de la eyaculación* en donde hay contracciones musculares en los testículos, próstata y vesículas seminales.
- El segundo periodo lo constituye en sí la eyaculación* en la cual el semen es expulsado al exterior como resultado de las contracciones de la uretra y de los músculos del pene.

El volumen de semen que es eyaculado es equivalente a la intensidad del orgasmo, esta sensación es la que constituye en el hombre el máximo placer.

FASE DE RESOLUCIÓN.

-El pene pierde la mitad de su tamaño, consistencia y dimensión.

El acto sexual se divide en dos fases: el juego erótico descrito anteriormente y el coito propiamente dicho, el cual se inicia con la introducción del pene en la vagina y termina con la conclusión de las fases de respuesta sexual (Masters y Johnson, 1981).

La *Respuesta Sexual* es un ciclo perfectamente normal, pero la propagación de mitos femeninos y masculinos con respecto a ésta, conllevan la represión falta de aceptación y conocimientos que las personas tiene sobre su propio funcionamiento y el funcionamiento del sexo contrario.

La mayoría de los mitos son con respecto al hombre, puesto que a la mujer sólo se le daba un lugar pasivo, reproductor y negándole la posibilidad de obtener placer. (Alvarez, 1985).

La *libertad sexual* de los últimos tiempos ha ido modificando dichos mitos y restricciones, pero esta libertad también requiere de una *mayor consciencia y responsabilidad* con respecto al acto sexual, pues la consecuencia lógica de éste es *el embarazo*, que un adolescente no podrá o le será difícil enfrentar, ya que éste no cuenta con los medios, emocionales, sociales, ni económicos para solventarlo. (Hamilton, 1978).

6.- EMBARAZO

El desarrollo humano principia con la *fecundación*. Cuando un gameto masculino (espermatozoide) se fusiona con uno femenino (óvulo) para formar un cigoto, primera célula del ser humano. Esta a su vez se dividirá hasta el momento del nacimiento cuando habrá generado ya millones de células.

La *fecundación* es la secuencia de acontecimientos que comienza cuando el espermatozoide y el óvulo entran en contacto y termina con la fusión de los núcleos de estos, para integrar cromosomas maternos y paternos. Esta suele suceder en el tercio lateral de la trompa uterina. Al tener contacto el espermatozoide con la membrana (superficie) del óvulo, ésta se modifica de tal modo que evita la entrada de otro espermatozoide. (Moor, 1987).

La nueva célula (formada por la unión del espermatozoide y del óvulo) contiene 46 cromosomas, 23 maternos y 23 paternos. Los cromosomas son elementos que componen a los genes que son partículas básicas de la herencia. Por tanto en estas nuevas células contendrán características maternas y paternas que constituyen el patrimonio hereditario.

De estos 46 cromosomas 44 darán lugar al desarrollo del cuerpo del bebé y de los 2 restantes son cromosomas sexuales. Las mujeres poseen dos cromosomas "X" (XX), los varones poseen un cromosoma "X" y otro "Y" (XY). Así al proporcionar el padre un "X" unido al "X" materno el resultado será una niña, pero si el padre proporciona un "Y" el producto será un varón (Lisker, 1984).

6.1.-SEGMENTACION

El huevo fecundado comienza rápidamente a segmentarse, su primera división origina dos células hijas, que tienen la misma cantidad de cromosomas que la célula madre y una de ellas es de mayor volumen que la otra. Cada blastómero originará a su vez nuevas blastómeras y así sucesivamente hasta constituir un maciso llamado mórula (Brookmiller, 1978).

6.2.- IMPLANTACION

La *implantación* suele verificarse siete u ocho días después de la concepción. Esto comprende aproximadamente tres días de desplazamiento por la trompa, y cuatro o cinco días de desarrollo en el útero. Cuando el huevo en desarrollo está en posición de implantarse, secreta enzimas que nutren el endometrio, entonces las células se multiplican rápidamente.

Una vez que el huevo crece y se desarrolla requiere de un medio de nutrición y de eliminación de los productos de desecho, por lo que se forman *membranas periféricas* que le permitirán obtener el alimento y oxígeno, eliminando los residuos desde aproximadamente la tercera semana de vida. (Bethea, 1978).

Estas membranas incluyen:

El Saco Viteliano. Aunque virtualmente no se acumula el vitelio en el embrión del ser humano, se forma un saco como si existiera, que es la antesala del sistema digestivo primitivo.

A medida que el embrión se desarrolla una constricción progresiva del saco hasta que solo queda conectado el embrión por la estructura llamada tallo corporal, el cual finalmente se incorpora al cordón umbilical.

El Amnios. Es una membrana dura y transparente. La cavidad (saco amniótico) formada por esta membrana aparece antes de que el cuerpo del embrión haya tomado una forma definitiva y se encuentra lleno de *líquido amniótico*, este es un líquido transparente en el cual se encuentra suspendido el embrión. *Las funciones que realiza son el regular la presión al rededor del embrión protegiéndolo para que no se adhiera al amnios, lo que provocaría deformidades. Permite los cambios de postura fetal y actúa como una cuña hidrolástica para el parto y ayuda en la dilatación del cérvix.* (Mackary, 1982)

La Placenta. Es el órgano especial del *intercambio* entre la madre y el embrión. (Mackary, 1982). El sistema de transporte de la madre *proporciona nutrición y oxígeno al depósito placentario; el sistema de transporte del feto proporciona productos de desecho.* Estas funciones se realizan a través de pequeños poros situados en las paredes del depósito placentario.

En resumen, la placenta sirve como pulmón, riñón, hígado, glándulas endocrinas y sistema digestivo para el feto en desarrollo. Para que ésto se lleve a cabo de manera adecuada, el sistema circulatorio de la madre envía aproximadamete un litro de sangre por la placenta cada minuto.

Finalmente, gran número de sustancias pueden atravesar la placenta y entrar en la circulación fetal. Algunas de estas son:

Microorganismos infecciosos	Morfina
Nicotina	Cortisona
Alcohol	Estreptomicina
Barbitúricos	Tetraciclina

El cordón umbilical es la continuación del cuerpo fetal, conecta al feto con la placenta. La sangre es bombeada por el corazón fetal para que entre y salga de la placenta a través de sus arterias y venas (Burt & Brower, 1987).

6.3.- DESARROLLO EMBRIONARIO.

El desarrollo del nuevo ser comprende dos periodos: *el Embrionario y el Fetal*. El primero se inicia después de que ya se ha dado la división celular y la implantación que suele ser aproximadamente a la tercera semana de la concepción y termina alrededor de la novena semana, que es cuando inicia el periodo fetal.

Tercera Semana. Durante ésta se da la formación de estructuras primitivas. El ectodermo forma un tubo que dará origen al cerebro y médula espinal (sistema nervioso); el endodermo constituirá al corazón, órgano que hasta entonces es el más avanzado (Olds, 1987).

Cuarta Semana. Se desarrolla el tubo neural, a partir del cual se forma la médula espinal. El encéfalo presenta tres subdivisiones y una mayor diferenciación de sus estructuras. El endodermo da lugar al intestino medio, anterior y posterior. Aparece el sistema respiratorio, el mesodermo presenta somitas, pequeños segmentos que se encuentran a

lo largo del tubo neural y de los cuales se deriva el esqueleto, el sistema muscular y el sistema circulatorio. El corazón primitivo comienza sus latidos y las células sanguíneas circundan al embrión.

Quinta Semana. Se forman las membranas bronquiales, arcos y hendiduras bronquiales que formarán el cuello y parte inferior de la cara. Se crean las cúpulas ópticas y vesículas de los cristalinos. Se forman también las membranas del tímpano del oído y otras partes de éste. El feto tiene forma de "C".

Sexta Semana. El embrión presenta manos y pies primitivos; el hígado y el corazón tienen una prominencia notable.

Séptima Semana. Los antebrazos, músculos, piernas y dedos de las manos están presentes. La cara adquiere un aspecto más humano con el desarrollo de los pliegues de los párpados; al mismo tiempo, resultan evidentes las ranuras de los oídos, nariz y boca. Es posible distinguir ya el sexo (características exteriores).

Octava Semana. Se presenta un aspecto más propio de la especie. Son notorias la nariz y barbilla. Las manos, pies, tobillos, rodillas, codos, muñecas semejan miniaturas que corresponden al embrión. El hígado forma a las células sanguíneas (Watson, 1984).

EL *Periodo fetal* se inicia alrededor de la novena semana; punto en el que el feto (como se denomina ahora al embrión) cuenta con todas sus partes corporales, algunas de ellas están en etapas primitivas.

Tercer Mes. (novena semana). Las extremidades alcanzan su longitud relativa en proporción al resto del cuerpo, estando más desarrolladas las extremidades superiores. Se forman las raíces de las uñas de los dedos de los pies y las raíces de los dientes. El pulgar se empieza a oponer. Aparecen los reflejos de deglución y succión. Los riñones crean orina que pasa por la vejiga y de ahí al líquido amniótico. Las estructuras genitales de ambos sexos empiezan a tomar forma definitiva, en el varón se forma la glándula prostática y en la mujer las trompas de falopio. Los pulmones alcanzan su forma definida y empiezan anotarse movimientos respiratorios y conexiones musculares así como las nerviosas.

Cuarto Mes. El producto está en posición más erecta ya que la espalda es musculada y el esqueleto se encuentra mejor desarrollado. Se mueve y ejercitan brazos y piernas. Se forman las huellas dactilares y el tubo digestivo presenta meconio -desecho fetal- (Miller & Broun, 1987).

Quinto Mes. Empieza el crecimiento del cabello; movimientos fetales y tonos cardíacos pueden auscultarse.

Sexto Mes. El feto ya tiene un peso de 560 gramos y una longitud de 27 a 33 centímetros. A partir de este mes el feto ya tiene posibilidad de sobrevivir fuera del claustro materno.

Durante los **siguientes tres meses** el feto madurará, crecerá, se desarrollará y modificará todas las proporciones relativas a las partes corporales. Cambiará totalmente de posición, realizará movimientos respiratorio audibles a través de ultrasonido y experimentará hipo. (Watson, 1984).

6.4.- SIGNOS DEL EMBARAZO

Existen claros indicios que a una mujer le indican que la fecundación se ha dado. Estos signos, explica MacKary (1982) pueden dividirse en tres clases:

Los signos de presunción. Se dan a nivel neurovegetativo y están presentes al inicio del embarazo. Suelen manifestarse por la suspensión de la regla, trastornos del apetito, repugnancia hacia algunos alimentos, mareos y vómitos matutinos, salivación abundante, y pigmentación de la cara.

Los signos de probabilidad. Son aquellos que indican la modificación de las mama, como la pigmentación de pezones y aureola mamaria, aumento de tamaño del útero y reblandecimiento considerable del cervix.

Los signos positivos. Son aquellos que confirman el embarazo, como latidos y movimientos fetales, que el médico puede escuchar y sentir al tacto. (Mackary, 1982).

6.5.-CUIDADOS A SEGUIR DURANTE EL EMBARAZO

Existen muchos mitos a cerca de los peligros que una mujer embarazada corre, por ejemplo, al hacer ejercicio, tener coito, manejar automóvil, etc. Cuestiones que realmente no constituyen por si solas un peligro y mucho menos si se realizan con moderación.

El *coito* esta permitido hasta aproximadamente la sexta semana antes de la fecha del parto, ya que después de ésta se hace casi imposible por el tamaño del abdomen de la mujer (Mackary, 1982).

La *higiene* es indispensable, es muy importante que la mujer mantenga su cuerpo limpio, bañándose diariamente y lavando sus dientes tres veces al día, es importante mencionar que en esta etapa los dientes se debilitan y pueden picarse (CONAPO, 1982).

El *ejercicio* que se haga en éste periodo debe ser de manera moderada, nunca violenta o agresiva.

Las *enfermedades infecciosas y/o contagiosas* son otras de las cuestiones importantes a tomar en cuenta durante el embarazo, ya que éstas pueden provocar graves problemas, incluyendo la muerte. La *Rubéola*, por ejemplo ocasiona que el bebé nazca con sordera, ceguera, defectos del corazón y/o retraso mental. La *Toxoplasmosis* que se adquiere por ingerir carne poco cocida, o por mal manejo de desechos fecales de gatos, trae como consecuencia la muerte intrauterina del producto, aunque aquellos niños que llegan a sobrevivir pueden padecer deficiencia mental o defectos visuales crónicos. (CONAPO, 1982).

Las enfermedades venéreas como la *Sífilis*, *Gonorrea*, *Herpes genital*, *SIDA*, etc, acarrearán también consecuencias como las mencionadas en los padecimientos anteriores (Mackary, 1982).

La *atención médica* es indispensable, ya que el médico llevará un control estricto del desarrollo fetal, así como del estado de salud de la madre, medicándola en caso de algún problema e indicándole lo que debe y no debe hacer durante su embarazo. El *consumo de drogas, alcohol y/o tabaco se encuentran prohibidas definitivamente*, porque afectan el sistema nervioso del producto, el proceso de crecimiento y/o provoca defectos físicos (Macy & Falkner, 1980).

Estos cuidados deben ser intensificados durante los primeros tres meses, ya que en el transcurso de éstos es cuando se desarrollan todos los órganos del nuevo ser, los cuales después de este periodo sólo crecen. A partir de los seis meses el bebé ya podrá sobrevivir.

6.6.- PARTO

Durante los últimos meses del embarazo comienzan a producirse en el útero contracciones rítmicas que van aumentando de intensidad hasta que se hacen lo suficientemente fuertes para dilatar el cuello e impulsar al feto por el canal del parto. (CONAPO, 1982)

En el transcurso del parto los músculos de la parte superior del útero generalmente se contraen y van seguidos de contracciones de la parte inferior. La función de estos músculos es impulsar el bebé hacia abajo y en dirección del cuello, el cual se ha ido hablandando en la última semanas del parto, dilatándose hasta permitir la salida de la cabeza del niño. En cuestión de tiempo, ésto puede significar de 8 a 24 horas para el primer hijo, pudiendo ser de minutos para los subsecuentes.

Poco después de dilatarse el cuello, el bebé se mueve hacia el canal del parto, las contracciones siguientes realizan del parto, después de que el producto es expedido del útero, la única conexión existente con la madre es el cordón umbilical que contiene las arterias y venas se dirigen a la placenta. Para lograr la separación final el doctor liga y secciona el cordón.

Una vez que ocurre el parto, el útero se contrae hasta quedar reducido a un tamaño. La placenta por su parte al no poderse contraer se desintegra y es expulsada de las paredes del útero junto con una pequeña cantidad de sangre. (Miller, & Broun, 1987).

6.7.-EMBARAZO Y ADOLESCENCIA

El nacimiento de un hijo siempre debe representar una gran alegría para la pareja y no un peso insoportable, como suele suceder cuando dicha pareja no esta preparada para el embarazo.

Los adolescentes, como ya se mencionó anteriormente, difícilmente cuentan con las condiciones emocionales, sociales y económicas para traer un hijo al mundo. Cuando una adolescente descubre que esta embarazada, los primeros sentimientos que experimenta son vergüenza, resentimiento, enojo y susto. Se ve en la necesidad de tomar una desición con respecto a su estado, la primera es si comunicárselo a sus padres y compañero. Si decide hacerlo, probablemente, ellos traten de influir en otras desiciones, como si debe tener a niño o no, si debe casarse, si debe continuar con sus estudios, etc (Bethea,1978).

Si su desición es el no decir nada puede sentirse sola, tratando de resolver una situación agobiante y de esconder lo que con el tiempo será visible. Esta desición hará que se aisle y se ponga demasiado sensible e irritable ante la presencia y comentarios de los demás. Estos cambios de conducta y comportamiento, provocarán a su vez que sus amigos y padres la interpreten como rechazo y poco interés hacia ellos. Se siente tan enojada que durante el transcurso del embarazo pasará por su mente

la idea de la adopción, y a la vez tratará de darle al bebe todo el cariño que a ella le falta en ese momento.

Si el compañero la apoya y deciden casarse, es muy posible que, al carecer de la preparación adecuada, no puedan encontrar un trabajo que les permita tener los básicos necesarios para su supervivencia y tengan que vivir con los padres. Esta situación proporciona a los padres la posibilidad de meterse en la vida de la pareja y en la educación del pequeño, a la vez les reprochan la carga económica que representan, la pareja comienza entonces a perder la poca armonía que tenían llevádoslos al estrés y desesperación total. Hay que reconocer, sin embargo que en muy pocos casos puede suceder que el amor de la pareja resista estas adversidades y salgan adelante. (Bethea, 1978).

7.- ANTICONCEPCION

La contracepción o anticoncepción es la *prevención* del embarazo que puede lograrse por una variedad de métodos químicos, físicos y/o quirúrgicos.

Estos métodos evitan en general de una o de otra forma que el esperma se una con el óvulo. Existe una gran variedad de ellos habiendo tanto para hombres como para mujeres, los cuales varían en efectividad.

7.1.METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA LA MUJER.

7.1.1-Métodos de Abstinencia Periódica.

Los *métodos de abstinencia periódica* tienen como base las variaciones que se producen habitualmente en el curso de los ciclos genitales de la mujer, ésto implica que habrá un riesgo mayor de embarazo en cierto días del ciclo menstrual y un riesgo nulo en otros. Si se considera que el ciclo completo es de 28 días y la ovulación ocurre a la mitad de éste, *el día 14 será entonces el más fértil*, (Carrera, 1985). Razón por la que el registro de ciertos acontecimientos (cambios de temperatura, de consistencia periódica del acto sexual y la colaboración del compañero., resulta de vital importancia para la eficiencia de estos métodos (Olds, 1989).

Dentro de los métodos de abstinencia periódica se encuentran: el método de de ritmo, de temperatura basal y el del moco cervical.

METODO DE RITMO. Este se basa principalmente en los días de fertilidad es decir *el día de la ovulación se evita tener relaciones sexuales*, contando, además de éste, tres días antes y tres días después de la fecha de la ovulación como medida preventiva ya que puede suceder que el día fértil se adelante tres días o se atrase los mismos, o bien el esperma puede alcanzar al óvulo en la trompa de falopio, ya que su periodo de vida dentro de la mujer es de 72 horas.

METODO DE TEMPERATURA BASAL. Consiste en la medición diaria de la temperatura corporal. Para su mayor control es aconsejable que la temperatura sea medida después de un periodo de descanso de por lo menos 6 horas, en una cavidad natural (boca, recto, vagina) y de ser posible con el mismo termómetro durante 4 ó 5 minutos. Debiéndose anotar en una gráfica que permita la visualización de los cambios de la temperatura.

La abstinencia se da desde los primeros días de que comienza el ciclo (tomándose el comienzo desde el primer día de la menstruación) hasta el tercer día en que las mediciones de la temperatura indican que ésta ha aumentado. Es decir de *12 a 48 horas antes de la ovulación hay una baja de temperatura que va seguida de un aumento de la misma de 12 a 48 horas después de que ha ocurrido ésta*, cuestión que se toma como el término del periodo de abstinencia (Carrera, 1985).

La eficiencia del método es alta, habiendo una tasa de fracasos del 2% al 10%, cosa que se atribuye más que nada, a un mal registro y una inadecuada lectura de la gráfica.

METODO DEL MOCO CERVICAL UTERINO. Se basa en los cambios que ocurren en *la cantidad y carácter del moco cervical*, como resultado de las influencias de estrógenos y progesterona.

Durante los primeros días del ciclo el moco es muy escaso, después se convierte en una secreción densa y turbia; *cerca de la ovulación aparece un flujo o moco claro, transparente, parecido físicamente a la clara de huevo*, cuestión que indica la presencia inmediata de la ovulación, después de que ésta ha ocurrido el moco se vuelve espeso y escaso.

La práctica del método requiere de la obtención de muestras diarias del moco cervical. Las muestras se obtienen de los restos de la ropa interior ya sea de la vagina o de los labios mayores como menores (Olds, 1989).

La falla del método es del 3%, pudiendo aumentar su eficacia con la ayuda de los otros 2 métodos antes descritos.

Es importante aclarar que la eficacia de cualquiera de los métodos de *abstinencia periódica* depende en gran parte de que las instrucciones sean llevadas al pie de la letra. Además de considerar que existen algunos acontecimientos ambientales que pueden llegar a alterar el ciclo menstrual y por razones obvias, la práctica de éstos *no es aconsejable para mujeres que presentan reglas irregulares*.

7.1.2.- Métodos Hormonales

Los *métodos hormonales* son asociaciones de compuestos derivados de las hormonas ováricas, (estrado y progesterona) cuya función es evitar la ovulación, al no ocurrir ésta, la consecuencia lógica es que tampoco se produzca el embarazo (Monroy, 1981).

Otros preparados hormonales que tienen una amplia aceptación son las inyecciones. Tienen la ventaja de que sólo se aplica una cada mes.

Los efectos secundarios que se presentan en el uso de estos métodos generalmente son:

- Náuseas

- Aumento de peso (1 ó 2 kilos, que puedan ser adquiridos de inmediato o a lo largo de meses).

- Cloasma (pigmentación de la piel).

- Micosis vaginales (infecciones) frecuentes.

- Disminución de la libido, nerviosismo, tendencia a la depresión y/o agresión.

- Cefaleas (dolor de cabeza).

La eficiencia de la píldora e inyecciones es de casi el 100%, siempre y cuando el método sea llevado correctamente.

Es de importancia aclarar que este método tiene que ser empleado y estar bajo supervisión médica, ya que el médico es el único

que puede adecuar el tipo de píldora o inyección dependiendo de las necesidades de la mujer (Carrera, 1985).

7.1.3.-Métodos Mecánicos.

Dentro de éstos se encuentran: el dispositivo intrauterino, diafragma y los espermaticidas.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU). Los aditamentos intrauterinos no son algo nuevo, se tienen datos que ya desde 1878, las mujeres se fijan al cuello de la matriz un pesario (tapón) de tallos modificados y que tenía una porción saliente de matriz. A finales de los años treinta se crean anillos completamente intrauterinos hechos de hilo de seda y posteriormente de plástico. (Taylor, 1987).

Los dispositivos son aparatos pequeños de plástico que se colocan en el útero. Su colocación es por medio de un aplicador especial conservando una técnica aséptica. Durante la inserción el dispositivo es alargado para que pueda pasar por el aplicador y, una vez en éste, al canal cervical, adquiriendo aquí su tamaño normal nuevamente. El DIU lleva un hilo que sale del cérvix, dicho hilo permitirá jalarlo y así sacarlo del útero (Monroy, 1981).

Existen diferentes tipos de DIU, se distinguen por sus formas y materiales con los cuales son fabricados. Entre los más comunes se encuentran:

- Asa de Lippers
- Arco
- Espiral de Margulies.
- Espiral de Dobl
- Espiral de Saf T
- Cobre T
- Escudo Dalcon (Burt & Brower, 1987)
- Cobre 7.

Todavía no se ha podido dilucidar bien el mecanismo de acción del DIU, sin embargo, Burt (1987), menciona que existen tres teorías al respecto.

" 1.- El transporte tubárico alterado previene el embarazo al acelerar el movimiento del óvulo por las trompas.

2.- La interferencia mecánica en la implantación es resultado de la acción abrasiva del DIU.

3.- Cambios en el medio interno del útero previenen el embarazo al hacer que las paredes del útero sean químicamente inapropiadas o gametolíticas". (Burt, 1987:105).

DIAFRAGMA. Es un círculo de latex con un borde semirrígido que una vez ubicado en la vagina, recobra su forma circular.

Se trata de un método anticonceptivo de barrera, básicamente impide el ascenso de los espermatozoides hacia el canal cervical al interponerse en su camino. Los diafragmas al igual que los dispositivos son de diferentes tamaños adecuándose así a las necesidades de cada mujer. Se coloca efectuando una suave presión lateral hasta conseguir

que el diafragma adquiriera la forma de un reloj de arena, introduciéndolo en la vagina en sentido oblicuo y apuntando hacia el recto, un diafragma bien colocado cubre perfectamente el cérvix. Se debe poner además con una crema espermaticida. Debe quitarse después de 6 horas del coito (Haumont, 1980).

7.1.4.-Métodos Permanentes

SALPINGOCLASIA O LIGADURA DE TROMPAS. Es un método quirúrgico por medio del cual se hace un corte en cada una de las trompas, bloqueando con esto el paso del óvulo en éstas (Manisoff, 1976).

Este método se realiza a mujeres mayores de 35 años. Requiere de hospitalización de sólo una noche. Después de la operación la mujer puede realizar cualquier actividad.

La eficacia de la Salpingoclasia es del 100%, asegurando además que no se volverá a embarazar la mujer que sea sometida a ésta.

7.2.-METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA HOMBRES

COITO INTERRUPTUS. Es uno de los métodos más antiguos que se conocen. La biblia hace referencia en su libro del Génesis (Carrera, 1985).

El coito interruptus consiste en *retirar el pene del interior de la vagina antes de que ocurra la eyaculación.*

La eficacia del método es altamente variable, que va del 70% al 90%. Esto puede deberse a que el hombre llega a tener poco control sobre su eyaculación dando origen a una retirada tardía. La ocurrencia de una fuga espermática que puede darse por la simple estimulación sexual hace del método un fracaso. Otra de las causas importante de este fracaso lo constituye la retirada incompleta del pene, la caída de algunas gotas de semen en la zona próxima a la vulva da la posibilidad a los espermatozoides de ascender hacia la matriz (Carrera, 1985).

PRESERVATIVO O CONDON. Es un receptáculo fino y dilatado que sirve para depositar el semen de la eyaculación evitando que caiga a la vagina. La colocación debe hacerse cuando el pene se encuentra en

erección y se debe quitar cuando está todavía erecto, es muy importante que en el momento de quitar el condón éste sea detenido de la base para evitar que se pueda derramar el semen por accidente. Actualmente el condón esta hecho de latex, el cual vino a reemplazar a los condones de piel y de intestino que eran utilizados en la antigüedad.

La eficacia del método es del 90%, cuando es utilizado correctamente aumentando si además se usa en unión con algún espermaticida. Una de las ventajas que tienen el preservativo es que *evita* el contagio de enfermedades venéreas, como el SIDA.

VASECTOMIA. Es un método que requiere intervención quirúrgica. Consiste en bloquear el paso de los espermatozoides desde el testículo hacia tramos superiores. Puede realizarse sin dificultad en cualquier consultorio mediante anestesia local (no precisa hospitalización). No se han encontrado efectos graves. (kilby, 1988).

7.3. ELECCION DEL METODO.

Como se vio anteriormente existen una gran cantidad de métodos anticonceptivos, dichos métodos deben ser elegidos en base a varios factores como: el estado de salud de la pareja, aceptabilidad del método por parte del usurario, edad, la frecuencia con que se tengan relaciones y en gran parte del número de hijos que la pareja deseé tener -planeación que esta influenciada a su vez por las circunstancias físicas, emocionales, económicas y sociales por las que atraviesa la pareja.- (Monroy, 1981).

Cada método anticonceptivo tiene características particulares que se adaptan a necesidades específicas de cada pareja. Por ejemplo una mujer adolescente que tiene relaciones de vez en cuando, requerirá de un método anticonceptivo menos riguroso que el de una mujer con tres hijos, que ya no desee tener más (Pomeroy, 1982).

Los espermaticidas y el preservativo tienen la particularidad de obtenerse fácilmente en cualquier farmacia, a un costo muy bajo y no requiere de supervisión médica en su uso lo que hace que sean los métodos *ideales para el adolescente* quienes generalmente tienen relaciones ocasionales o poco frecuentes.

Los *métodos naturales* (de ritmo, de temperatura basal, de moco cervical, coito interruptus), no son recomendados a mujeres que tienen menstruaciones irregulares, ya que es muy difícil establecer el día exacto de la ovulación o siquiera tener una aproximación. *La mayoría de las*

adolescentes presentan menstruaciones irregulares, razón obvia por la que este método no es aconsejable. El coito interrumpido tampoco es aconsejable porque el adolescente todavía no tienen un buen control sobre sus eyaculaciones, además de considerar las fugas espermáticas.

Los métodos hormonales (pastillas e inyecciones) deben ser utilizados por aquellas parejas que tienen relaciones frecuentes y que todavía no desean tener hijos. Al requerir de constantes supervisiones médicas, los adolescentes difícilmente llega a utilizarlos.

El dispositivo intrauterino (DIU), al igual que los métodos hormonales requieren de supervisión médica, siendo que para su colocación se necesita forzosamente que la haga un médico. La aceptabilidad de este método aumenta grandemente para aquellas mujeres que ya han tenido hijos. *No recomendándose a las nulíparas* (mujeres que no han tenido hijos). (Pomeroy, 1982).

La vasectomía y salpingoclasia, al ser métodos definitivos, sólo son aconsejables a parejas que ya no desean tener más hijos y que su estado de salud les permita realizar la operación (Carrera, 1985).

Todo ser humano es "*consciente o debe ser consciente*" de que la manipulación de sus genitales, ya sea por ellos o por una segunda persona que proporciona placer, así como tener claro que la *consecuencia lógica del coito, si no se toman medidas, es el embarazo*. Embarazo que en muchos casos fueron no deseados, trayendo como resultado hijos que vivirán con desamor y desatendidos, matrimonios forzados, madres solteras y/o inclusive, familias parcialmente integradas.

Como ya se mencionó en el capítulo anterior *Los hijos no deben ser producto de un accidente, descuido o ser objetos que llenen huecos maternos y paternos para demostrar más hombría o detener a la pareja*. Los hijos deben ser el producto de una pareja bien ajustada, armoniosa y que cuenten con todos los elementos necesarios para poder dar la alimentación, vestido, educación y atención adecuada que le permitan al niño desarrollarse de la mejor manera.

Si bien es cierto que los individuos, una vez que han alcanzado su madurez sexual, están físicamente aptos para procrear, no lo están ni económica ni emocionalmente. Se puede hablar de que éste ha alcanzado ésta madurez hasta que tienen un trabajo estable que le de la posibilidad de cubrir la necesidad económica y psicológica de una familia (Guemez, 1960).

8.-ABORTO

Se entiende por aborto la interrupción de la gestación antes de que el feto haya adquirido las condiciones de viabilidad para continuar su desarrollo fuera del claustro materno. El aborto puede ser de dos tipos, el *espontáneo* y el *provocado* (Hamilton, 1978).

El primero de ellos, el *espontáneo*, tiene como causas principales las orgánicas entre estas se pueden mencionar enfermedades de la madre, trastornos metabólicos generales o endocrinos. Otras causas la constituyen las cuestiones psicodinámicas como los traumatismos emocionales ya sean conscientes o inconscientes.

El primer indicio de la existencia de un aborto, es la presencia de una hemorragia que suele ir acompañada de dolor abdominal, si la hemorragia es muy leve podría ser que sólo se estuviera desprendiendo una porción del producto, pero si es muy abundante lo más seguro es que se trate del desprendimiento total del huevo. De cualquier manera es conveniente que ante la presencia de cualquier sangrado, por muy insignificante que parezca, la persona debe asistir al médico de inmediato, con la finalidad de que éste la cheque y confirme o no el posible aborto.

El aborto *provocado* es denominado así por que utiliza un esfuerzo intencional para evitar que termine la gestación del embrión; generalmente es ilegal, a excepción de que el embarazo sea producto de una violación (cuestión que estará sujeta a comprobación) (Semmens, 1973).

La decisión que toma la mujer al someterse a un aborto se ve influenciada por diversos factores como los interpersonales, la seguridad y el concepto que tiene ella de sí misma, los patrones de comunicación y relación que tiene con su pareja, la edad, estado civil, etc.; pero sobre todo por los factores socioeconómicos con los que cuenta en ese momento.

8.1.-TECNICAS ABORTIVAS

Existen una gran cantidad de técnicas abortivas, desde las que llevan un estricto control médico e higiénico hasta la que no cuentan ni siquiera con las mínimas condiciones de conocimiento e higiene requeridas.

Las primeras, aquellas que son realizadas por médicos, se pueden subdividir de acuerdo al periodo de gestación, en dos tipos las que se practican antes del primer trimestre de embarazo y las que se practican después de los tres meses y hasta los 6 meses de gestación

Durante el *primer trimestre* las técnicas más utilizadas son:

EL COMPRIMIDO DE LA MAÑANA SIGUIENTE. Esta técnica requiere de la administración de dosis relativamente elevadas de estrógenos sintéticos durante los primeros 3 días que siguen a la posible concepción. La función del fármaco es que se desprenda la túnica endometrial. Algunos efectos colaterales que puede experimentar la paciente son náuseas o vómitos (Olds,1987).

PROSTRAGLANDINAS. Estas se insertan en fondo del saco de la matriz a través de unos supositorios, los cuales tienen la función parecida a la oxitocina, produciendo contracciones del tejido muscular liso y teniendo efectos estimulantes en la contractibilidad del miometrio (tejido muscular que constituye la matriz). Esta técnica se utiliza antes de las 15 semanas de embarazo. Los efectos colaterales que pueden llegar a presentarse son náuseas, vómitos y constricción notable de la musculatura branquial, razón por la que esta técnica no es aconsejable a mujeres con asma o con problemas respiratorios. (Olds,1987)

SUCCION UTERINA. En ésta sacan al producto por medio de una cureta que se encuentra unida a una sonda flexible que está conectada a su vez a un succionador. Esta sonda es introducida en la cavidad uterina, después de que se ha dilatado el cérvix, entonces el succionador empieza a jalar al feto. Los productos fetales pasan por la sonda y van a dar a un recipiente de vidrio. Los riesgos de ésta técnica son mínimos siempre y cuando se hagan bajo una buena supervisión médica. (Burt, 1987).

LEGRADO Y DILATACION. Esta técnica al igual que la succión uterina se realiza a mujeres que tienen menos de doce semanas de embarazo. Se utiliza anestesia local, una vez aplicada ésta, se dilata el cérvix, el dilatador suele ser del tamaño de un cigarrillo. Ocurreda la

dilatación, se inserta un instrumento en forma de cuchara, llamada legra, para raspar el embrión o el feto implantado en el útero. El producto es fragmentado en pedazos al momento de despegar el material uterino. Debe tenerse cuidado de no perforar el útero. Los riesgos del legrado tanto como los de la succión uterina disminuyen considerablemente entre menos periodo de gestación tenga la madre. Después de los tres meses de embarazo no se realizan ninguna de las técnicas mencionadas ya que el útero se encuentra demasiado blando y el feto es demasiado grande (Mackary, 1982).

Las técnicas utilizadas durante el *segundo trimestre* son la histeroectomía y la perfusión salina, ambas requieren de varios días de hospitalización.

HISTEROECTOMIA. Literalmente esta palabra significa "abrir el útero". Es practicada a mujeres que ya han tenido hijos y cuyo embarazo esta entre las 14 y 16 semanas. Su eficacia depende de la habilidad del cirujano para atraer el cuello uterino hacia la vulva, cosa que es casi imposible en una nulípara. El siguiente paso es hacer una incisión uterina que da acceso a los productos fetales, los cuales se extraen con fórceps. Finalmente se raspa el útero con la cureta para después cerrar la incisión. La histeroectomía suele ejecutarse con anestesia general y requiere de hospitalización por una semana. Cuando la operación se hace a través del abdomen se llama histeroectomía abdominal, realizada a mujeres con motivos urgentes de aborto y que no han tenido hijos.

PERFUSION SALINA. Esta técnica tiene gran popularidad en Estados Unidos en embarazadas que tienen más de cuatro meses. Se inserta una aguja a través de la cavidad abdominal y la pared uterina, se extrae una cantidad de 200 mililitros de líquido amniótico, el cual es remplazado por una cantidad idéntica de solución salina. En el transcurso de 6 a 48 horas el aborto ocurre espontáneamente. (Showartz, 1969).

8.2-CONSECUENCIAS DEL ABORTO

Si bien es cierto que las jóvenes que acuden a practicarse un aborto con médicos reducen grandemente los riesgos de tener algún problema, también es cierto que dichos médicos, al enfrentarse al peligro de ser descubiertos y perder así su licencia e ir a la cárcel, cobran cantidades extratósfericas: cantidades que en el caso de los adolescentes son casi imposibles de pagar, llevándolos a buscar otras alternativas menos seguras.

Algunas de éstas alternativas no tienen un control médico. Estas suelen ir desde la simple ingestión de una serie de brebajes, hasta la introducción de objetos filosos o puntiagudos (ganchos, varas), uso de algunas drogas, o incluso el uso de técnicas tan rudimentarias como el golpearse o dejarse caer sobre el vientre o bien el recurrir a personas que no tienen ni poseen los conocimientos ni los elementos necesarios para practicar un aborto. Finalmente ninguna de estas técnicas puede considerarse adecuadas o confiables, por el contrario, son estas formas aberrantes de provocarse un aborto las que realmente *ponen en peligro la vida* de la mujer, y no sólo esto, sino que posibilitan fuertes infecciones y/o perforaciones del útero que a su vez ponen en peligro la futura maternidad de las mujeres.

En México hasta 1983 se sabía que el número de mujeres que morían al año por practicarse abortos era de 200,000. Número que está ligado a las deficientes condiciones de higiene y poco conocimiento que tienen las gentes que los practican (Noriega, 1985).

Si bien es cierto que el aborto no produce enfermedades mentales, como en épocas anteriores se mencionaba, si hay evidencias de que existen importantes *sentimientos de culpa y depresión, asociados a este último, se encuentran la idea y sensación de no valer nada, de no tener derecho a formar una familia y el miedo a tener hijos*. Es por esto que sería deseable que cualquier mujer que se expone a un aborto pudiera tener la posibilidad de tomar una o más sesiones psicológicas (Semmens, 1973).

9.-LAS ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES

Las enfermedades sexualmente transmisibles son aquellas que se contagian por contacto sexual. Es el proceso infeccioso por medio del cual una persona infectada contagia a otra. Este contagio puede ser de manera buco-bucal, buco-genital, buco-anal, genito-genital y/o genito-anal. Algunas de estas enfermedades también se pueden contagiar por otras vías, no exclusivamente sexuales, como el **SIDA**, que puede ser adquiridos además por transfusiones sanguíneas (Kilby, 1988).

La población más vulnerable a este tipo de enfermedades son los adolescentes, cuestión que podría deberse a la falta de una adecuada información, a la vergüenza y al temor que se encuentran asociados a estas, o a la despreocupación de los jóvenes para usar métodos preventivos ante los encuentros furtivos que llegan a tener con personas desconocidas.

Entre las enfermedades sexuales más comunes se encuentran la Sífilis, Gonorrea, Chancros y actualmente el SIDA.

9.1.- SIFILIS

Esta es causada por una bacteria llamada "*Treponema Pallidum*", que es una espiroqueta de cuerpo cilíndrico, de 8 a 14 espirales rígidos que se introduce al cuerpo humano por las mucosas genitales. La máxima incidencia ocurre entre los 20 y 24 años.

De acuerdo a su evolución la *Sífilis* se divide en 4 fases:

PRIMARIA. Es identificada por una *lesión o chancro que aparece en la zona anogenital* de 10 a 90 días después del contagio. Esta lesión aparece como una pequeña úlcera húmeda, localizada en el lugar de entrada del "*Treponema Pallidum*", siendo generalmente en el pene, vulva o ano; puede ser menos evidente y aparecer también en lugares más alejados como la boca, labios, lengua y amígdalas. En esta etapa la enfermedad es *extremadamente contagiosa* ya que el chancro está lleno de bacterias que se difunden fácilmente. El chancro, de cualquier manera, desaparece;

cicatrizando de 4 a 10 semanas; pasando automáticamente a la siguiente fase.

SECUNDARIA. Empieza casi siempre pocas semanas después de que ha aparecido el primer chancro. Las manifestaciones más claras son de tipo cutáneo, manifestaciones producidas por la invasión total del "Treponema" en todo el organismo. *Aparecen unas pápulas (pequeños tumorcillos sin secreción) que puede brotar en cualquier sitio, presentándose generalmente en la piel cabelluda, región ano-genital, plantas de los pies y manos.*

LATENTE. Durante ésta fase no hay ningún síntoma. Las madres infectadas pueden transmitirla al feto dando origen a la *Sífilis* congénita. En ocasiones el producto nace muerto o con importantes tejidos deformados y/o graves enfermedades (Kilby, 1988).

TARDIA. Esta ocurre después de los 5 años del inicio de la infección, trayendo como única consecuencia la muerte.

De acuerdo a la etapa en que la enfermedad se encuentra, es el tratamiento que se proporciona, pero lo más utilizado es la penicilina.

La prevención se logra mediante:

- 1) Practicar el "sexo seguro" (mediante el uso del condón)
- 2) Selección de una pareja estable
- 3) Evitar contactos sexuales mientras se padezca la enfermedad. (Kilby, 1988).

9.2.-GONORREA

La Gonorrea es una enfermedad causada por una bacteria llamada "*Neisseria Gonorrhoeae*". Es un diplococo patógeno sólo en el humano (Gantus, 1982). La enfermedad se caracteriza por la inflamación de las estructuras en las que penetra la bacteria, siendo usualmente la uretra masculina y el cuello de la matriz, pudiéndose diseminar en todo el organismo, principalmente en piel, tendones y articulaciones.

Existen varios factores propios de la enfermedad que hacen difícil su control. El periodo de incubación es alrededor de una semana. Gran

número de individuos tienen y transmiten la enfermedad sin presentar ningún síntoma. Se calcula que el 80% de las mujeres y cerca del 50% de los hombres que padecen Gonorrea no muestran síntomas o son muy leves (Larregue, 1979).

Las localizaciones más frecuentes en el hombre son la uretra, recto y faringe. Cuando la infección es uretral, se desarrolla usualmente después de una semana, manifestando la sensación de ardor uretral o flujo durante la micción que aparece alrededor de los 3 días después del contagio (Larregue, 1979).

La enfermedad, en el caso de la mujer, no le presenta molestias o suelen ser tan pocas que no acude al médico, siendo más bien la infección del compañero la que lleva a tomar la consulta. Si la enfermedad no es tratada, la infección puede avanzar hacia otras estructuras del aparato genital, que darán origen al *síndrome inflamatorio pélvico*, el cual se caracteriza por sangrado uterino, dolor abdominal bajo y fiebre ocasional. Cuando la mujer está embarazada, el producto puede llegar a ser contagiado en el momento del parto, infectado la conjuntiva del ojo, inflamándose y llenándose de pus 48 horas después del parto. Si este problema no es tratado de manera pronta y adecuada el bebé perderá la visión definitivamente. No hay una tasa muy alta de mortalidad del producto por esta enfermedad (Mackary, 1982).

9.3.-SIDA

El *SIDA* es una de las enfermedades sexuales que ha provocado más muerte en los últimos años. Desde su detección en 1981, se ha ido convirtiéndolo en una verdadera preocupación de los científicos por encontrar algún tratamiento que pueda curarlo. Los primeros casos detectados fueron en 1981 por un equipo de médicos clínicos en California, E.U.A., quienes observaron un nuevo tipo de neumonía en cinco jóvenes homosexuales; enfermedad que sólo les daba a pacientes con un sistema inmunológico afectado o deficiente, permitiendo la entrada a enfermedades oportunistas. En el transcurso de las siguientes semanas se detectaron en comunidades de homosexuales de las grandes ciudades de los Estados Unidos otro tipo de enfermedades que en suma se debían a *germenes oportunistas*. Observándose además la aparición de un *cáncer de piel*, el "*sarcoma de kaposi*", raro en los países occidentales. La

acumulación de casos parecidos en hombres jóvenes sin antecedentes patológicos, ni tratamientos que explicaran la deficiencia en el sistema inmunológico y cuya única característica común era su comportamiento sexual, promovió la creación de la "Entidad Médica GRID" (Gay Related Immunodeficiency -Deficit Inmunitario Ligado a la homosexualidad-) que posteriormente se convirtió en **AIDS** (Acquired Immunodeficiency Syndrom); en español **SIDA**, *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*; nombre que por un lado lo distinguía de inmunodeficiencias hereditarias y por otro lado descartaba la enfermedad como exclusiva de homosexuales.

Para 1985 se habían registrado 800 casos en los Estados Unidos y 767 en Europa, la mayor parte en París; de hecho el **SIDA** se desarrolla en focos geográficos determinados siendo cuatro regiones las más afectadas: Estados Unidos, Europa Occidental, Haití y África Ecuatorial (específicamente Zaire y países limítrofes).

En 1982 los investigadores Myron Essex, del Instituto Nacional de Salud Pública de Harvard, y Robert Ballo, del Instituto Nacional de Cáncer en Bethesda, pensaron que el **SIDA** era causado por el virus HTLV, perteneciente a los retrovirus y causante de los cánceres. Por la misma fecha el investigador francés Luc Montagnier, del Instituto Pasteur, y su equipo consideraron también que el HTLV podría estar relacionado al **SIDA**. Sin embargo, en 1983, ambos equipos llegaron a concluir que el virus del **SIDA** era diferente al que producía cáncer, llamado por los norteamericanos HTLV-III, por los franceses LAV y, finalmente, por otro equipo norteamericano como ARV.

En este mismo año L. Montagnier descubre una segunda especie de virus que ocasiona el **SIDA** llamándolo LAV-2, exponiendo que el LAV-1 fue el que ocasionó la enfermedad en África Central y el LAV-2 en el oeste de África.

Por su parte, el equipo de Essex descubre un virus, el STLV-III, en el mono verde, virus que atacaba al sistema inmunológico, al igual que el del ser humano; planteado así la hipótesis de que este virus simio pudo haber pasado a los seres humanos, y por una mutación, llegar a ser el HTLV, teoría que no ha sido comprobada del todo (Montagnier, 1985).

Por su parte el historiador del **SIDA**, el doctor Grmex, propone que esta enfermedad ha existido desde que nació la humanidad. Existen datos de un paciente que en 1959 murió por una supuesta tuberculosis, pero al hacerle los estudios de Elisa, años después, se encontró el virus del **SIDA**. Este paciente era un habitante de Kinshasa, África. En 1952 un joven de Memphis Tennessee, Estados Unidos, se le diagnostica neumonía vírica, que sin embargo al revisar muestras de su sangre congelada, la evidencia demostró que la enfermedad que padecía fue provocada por un germen oportunista. El doctor Grmex plantea que la epidemia actual del

SIDA comenzó con el desarrollo tecnológico. Es decir la aparición de nuevos transportes que acortaron las distancias y favorecieron la mezcla de las poblaciones; la aparición de instrumentos y técnicas médicas cada vez más sofisticadas y fáciles de aplicar, como las jeringas, las transfusiones sanguíneas y la utilización de derivados sanguíneos; y finalmente la libertad sexual de los últimos años son algunos de los elementos del desarrollo tecnológico que dieron lugar a que el **SIDA** se extendiera por el mundo (Grmex, 1991).

Pese a estas investigaciones realizadas y las que se han hecho en otras partes del mundo, no se ha podido saber con exactitud dónde o cómo se originó el **SIDA** y mucho menos se ha podido encontrar cura.

Las siglas del **SIDA**, en español significan "**SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA**".

¿Pero que significa?

Síndrome: es un conjunto de síntomas de una enfermedad que tiene varias causas.

Inmunológico: Es el debilitamiento del sistema de defensa humano.

Adquiridos: Es adquirido por algún mecanismo de tratamiento.

El virus causante de este síndrome es el *virus VIH*, llamado también por varios investigadores, *LAV*, *VIH-III*, *ARV*, etc, pertenece a la familia de los retrovirus, existiendo 4 de estos, HTLV, HTLV-II, que son poco frecuentes y producen ciertos tipos de cáncer, leucemias y linfomas, los dos virus restantes *VIH-I* y *VIH-2* son los causantes del SIDA (Gomez, 1989).

El *VIH* ataca principalmente a los linfocitos T4, provocando una baja en las defensas del sistema inmunológico del hombre, permitiendo así la entrada de algunos tipos de infección. Para poder entender mejor esto, se debe entender primero que es el sistema inmunológico y cual es su función.

El sistema inmunológico es el encargado de detectar, rechazar y proteger al cuerpo de la entrada de germen dañinos que puedan provocar enfermedades. Está compuesto de un grupo de glóbulos blancos que se encuentran circulando por toda la sangre del cuerpo humano y que son conocidos como *linfocitos*, siendo de dos tipos: *los linfocitos de células T* y *los de células B*. Las primeras a su vez poseen un subgrupo de células llamadas **T4**, que son las encargadas de gobernar el Sistema Inmunológico, ya que regulan la formación de anticuerpos; recoge la información del agente dañinos o patógeno y por último ordena a las células T y B que se proliferen produciendo anticuerpos.

El virus del **SIDA** ataca a células que tienen "*receptores*", a las células que poseen éstos receptores se les llama **CD4** y son células principalmente de el tipo B. El virus se une al receptor de estas células y entrar al interior de ellas. (Olaiz, 1988). Una vez que el virus ha entrado en el interior de la célula se dirige al núcleo de ésta y se integra al ácido del núcleo, que es el **DNA** (ácido desoxiribonucleico), el cual contiene la información genética de la célula, información que a su vez es copiada por otro ácido, el **RNA**, el cual tiene a su cargo la función reproductiva. En el caso del **SIDA**, esta copia no sólo contendrá la información genética de la célula, sino también la información del virus (**VIH**); y a la hora de reproducirse, la nueva célula llevará ya la información del virus y así sucesivamente (Waigman & Dietrich, 1991). El virus toma así el control de la célula infectada sin aparecer aún síntomas del virus, equilibrio que puede romperse en cualquier momento.

Al atacar el virus, a los linfocitos **T4**, que son los encargados de dirigir las defensas contra germen invasores; el sistema inmunológico empieza a fallar, permitiendo de esta manera la entrada de algunos germen que viven en los seres humanos y que son inofensivos para una persona con un sistema de defensa adecuada. A estas enfermedades se les llama "*oportunistas*" siendo estas realmente las que llevan a la muerte a las personas contagiadas de **SIDA**.

La *sintomatología del SIDA* es inespecífica ya que los síntomas pueden ser causa de otra enfermedad, sin embargo los más comunes son los siguientes:

- Fiebre persistente y/o sudoración nocturnos durante varias semanas.
- Fatiga intensa, persistente por varia semanas sin razón obvia.
- Perdida inexplicable de peso, mayor de 4.5 kilos en dos meses.
- Diarrea crónica mayor de 30 días.

-Acortamiento de respiración y tos por varias semanas.

-Afección cutánea, manchas de color violeta pudiendo ser también rojas, o bien es posible que salgan vejigas con sangre que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Esta afección es conocida como Sarcoma de Kaposi (Gomez, 1989).

-Problemas neurológicos prestándose como dificultad para hablar o caminar.

-Pérdida de inteligencia que llega a impedir cualquier actividad de la vida diaria; inclusive puede llegar a la demencia.

9.3.1.-Formas de transmisión.

1) **Transmisión sexual.** Esta vía constituye el mecanismo de contagio más importante. Puede darse de hombre a hombre; de mujer a hombre y excepcionalmente de mujer a mujer.

El grupo de *mayor riesgo* lo establecen los *homosexuales varones*, esto se explica porque el epitelio que recubre el recto es muy delicado y sufre constantes lesiones durante la penetración, permitiendo así que el virus tenga contacto con las células receptoras de la membrana del recto. El penetrador al igual que su compañero puede tener lesiones en el pene, teniendo también contacto con las secreciones del otro. Además se tiene que tomar en cuenta la promiscuidad de las relaciones sexuales que los homosexuales mantienen.

Los *bisexuales* constituyen el segundo grupo de riesgo por contacto sexual, debido a los conductos que pueden llegar a tener con los compañeros de su mismo sexo.

Los *heterosexuales* tienen un riesgo menor de contagio pues, el epitelio de la vagina es más resistente que el epitelio rectal. Existe un riesgo mayor de hombre a mujer que viceversa, esto es porque el semen contiene una cantidad de partículas virales mucho más elevadas que las secreciones vaginales.

2) **Transmisión sanguínea.** Otro de los medios por los que existe posibilidad de contagio es a través de las transfusiones sanguíneas, cuestión que en la actualidad ha disminuido por el análisis sanguíneo que se hace a toda persona que llega a donar sangre.

Los *hemofílicos* al requerir constantemente de *transfusiones sanguíneas* los hace una población factible para el contagio del **SIDA**. La probabilidad de infección en México por esta vía es del 28% al 67% (Secretaría de Salud, 1990).

Las agujas contaminadas con sangre infectada por el virus **VIH**, es otro mecanismo de transmisión, esto es especialmente importante para los adictos quienes tienden a compartir la misma jeringa o personas que trabajan en la atención a personas con **SIDA**, quienes llegan a infectarse accidentalmente.

3) Transmisión placentaria. En esta la madre infectada con el virus transmite la infección al producto. El contagio se puede dar por tres mecanismos diferentes.

a) *Contagio Transplacentario*, habiendo **VIH** en el líquido amniótico.

b) *Durante el parto* a través del contacto con la sangre materna existir contacto con la sangre de la madre.

c) *Contagio Post-parto*, a través de la leche materna.

4) Contagio por Transplante de Tejido u Organos Contagiados. Los líquidos más efectivos para la transmisión son el *semen* y la *sangre* (Secretaría de Salud, 1990).

La importancia de esta enfermedad y el rápido aumento de personas contagiadas. Llevó a la mayoría de los países del mundo a tomar medidas preventivas que pudieran detener o bien detectar la manera más pronta del contagio. En el caso específico de México se crea el **CONASIDA**, cuya intención es el combatir la enfermedad, a través de una serie de medidas legales, entre las que se encuentran el control de las transfusiones sanguíneas; las campañas promocionales de información; la realización de análisis para la detección de este mal, etc. En el mismo año de la creación del **CONASIDA**, por otra parte, autoridades de salud lanzaron una estrategia utilizando los medios masivos de comunicación, por medio de los cuales se promovía el uso del condón, especialmente en relaciones esporádicas y además se contaba con un servicio telefónico de apoyo a entrevistas privadas o consejería que permitiera al individuo tener una alternativa mucho más íntima y particularizada, dando resultados excelentes, se recibían entre 100 y 80 llamadas diarias. (llamadas hechas sobre todo por los grupos de riesgo).

La mayoría de los centros o instituciones que existen en México como el **CODESIDA** (Centro Estatal y de Prevención y control del SIDA),

el CRIDIS (Centro Regional de Intercambio de Documentación e Información sobre el SIDA), etc, ofrecen, en general servicios de información, orientación y apoyo psicológico, atención médica de primer nivel, realización de pruebas serológicas de la detección del virus, que se hacen de manera anónima, confidencial y gratuita. .

Durante 1990-1991, los servicios que tuvieron mayor demanda fueron la atención médica, psicológica para el paciente y familiares, así como la asesoría legal. (Secretaría de Salud, 1991).

La demanda de atención y servicios en México, se ha visto aumentada en los últimos años, cuestión que se encuentra relacionada a su vez al aumento de casos, que hasta *febrero de 1993* sumaban un total de *12 900* casos reportados, ocupando con esta cifra el *tercer lugar dentro de los países americanos*, después de Estado Unidos y Brasil. A nivel mundial ocupa el onceavo lugar.

Hasta febrero de 1993 la incidencia de casos disminuyo para 10 países en un rango de entre 86.6% y 26.4% con un promedio del 50%. En México y Zaire la tendencia fue al incremento con un 25.6% como promedio.

El número de casos reportados hasta 1992 en el mundo fue de 611, 589, sin embargo se estima que el número real es de 2,500,000, existiendo un subregistro del 310%

En México la tendencia de la epidemia se ha presentado en tres tipos, hasta 1986 el incremento fue lento, de 1987 a 1990, el incremento fue exponencial y a partir de 1991 la epidemia ha presentado un incremento que se ha amortiguado con una tendencia a la estabilización.

Los casos de SIDA, en adultos por transfusiones sanguíneas (incluyendo casos de hemofílicos), son cada día menos frecuentes: 15.1% en 1990, 11.5% en 1991 y 8.5% en 1992,

Del total de casos 7 328 (56.8%) se acumulan en el D.F. y los estados de México y Jalisco. Las mayores tasas de incidencia por millón de habitantes se encuentran en:

D.F. con	471 casos por millón de habitantes
Jalisco con	289 casos por millón de habitantes
Morelos con	257 casos por millón de habitantes

La proporción de casos en las entidades anteriores son:

SIDA	D. F. donde	1 de cada 2,580 habitantes tiene
SIDA	Jalisco donde	1 de cada 3,590 habitantes tiene
SIDA	Morelos donde	1 de cada 4,160 habitantes tiene

Los casos acumulados durante los meses de febrero de 1991 a febrero de 1993 indican que la mayor parte de casos notificado son hombres el (85:2%) de estos la mayor proporción se ubica en el grupo de 25 a 30 años con el 40.5%, en el de 35 y 39 años con el 25.2% y el de 20 a 24 años con 11.2%

La institución que acumula la mayor proporción de casos registrados es la S.S.A. con 5,906 caso (45.8%) el IMSS con 4,658 casos (36.1%), otros 1,262 (9.8%), y el ISSSTE 1,014 (7.9%).

Una de las cuestiones a las que se enfrentan los enfermos de **SIDA** es el *rechazo* que la mayoría de la gente que los rodea siente ante esto, debido a que la relacionan con actividades homosexuales o poco comunes, así como al miedo de ser infectados. Otro aspecto al que se enfrentan con gran miedo es la *reacción* que pueda tener su *familia*, la cual, si tiene buena comunicación le dará el apoyo total y pasará de antemano por un proceso similar al de la persona infectada, teniendo *miedo, angustia y dolor*, siendo importante, por tanto que se reciba atención psicológica para ambas partes.

La vida sexual del paciente se ve sujeta a cambios importante, teniendo que evitar todo contacto sexual con personas no infectadas y tratar de realizar el coito anal lo menos posible, avisar a su compañero sexual del padecimiento con el fin de que éste realice las pruebas pertinentes, evitar el embarazarse o embarazar, no donar órganos o tejidos, utilizar el condón como forma de protección. etc (Secretaría de Salud, 1993).

SEGUNDA PARTE

**REPORTE DEL
SERVICIO SOCIAL**

METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A través de las observaciones y el contacto diario con una gran cantidad de adolescentes de las diversas áreas que atiende el Departamento, se pudo detectar que éstos carecían de una adecuada *orientación e información sexual*; y en algunos casos, eran casi nulos sus conocimientos respecto a la sexualidad. Dicha falta de información sexual se encuentra estrechamente relacionada con la aparición de problemas como violación, intentos de violación, prostitución, abortos, madres adolescentes, matrimonios de adolescentes, etc. Cuestión que en algunos casos provocaban una conflictiva familiar mayor y en otros solamente se sumaban a una ya existente.

OBJETIVO

Al finalizar las "*Pláticas de Orientación Sexual*" el adolescente habrá adquirido los conocimientos básicos necesarios, en relación al tema de sexualidad.

DISEÑO

Población.

Las "*Pláticas de orientación Sexual*" estuvieron dirigidas a jóvenes de entre 12 y 18 años de edad pertenecientes a las áreas de Libertad Vigilada -(LV), Prevención del Maltrato al Menor (PREMAN) y población abierta de la Dirección de Asistencia Jurídica a través de su Departamento de Servicios Sociales.

Diseño

Se utilizará un diseño de 2 grupos relacionados en *pre-test* y un *post-test*. El primero midió la situación inicial del sujeto, ante los conocimientos que posee sobre la sexualidad, el segundo midió los

conocimientos adquiridos sobre la sexualidad, después de haber asistido a las Pláticas

Instrumentos

Se realizó un cuestionario el cual sirvió tanto para el pre-test y el post-test (ver anexo1). El pre-test midió los conocimientos que el adolescente poseía antes de tomar las pláticas; el post-test midió los conocimientos adquiridos con respecto a la sexualidad, después de haber asistido a las pláticas.

El tratamiento estadístico se realizó a través de la "*Prueba de Wilcoxon*", la cual prueba la hipótesis referente a dos poblaciones relacionadas y donde el sujeto es su propio control. La prueba que usualmente es usada para medir las medias es la "*T*" para dos muestras relacionadas que, sin embargo depende del cumplimiento razonable de la normalidad, condición que no siempre se obtiene.

La *prueba de los signos* al igual que la de *Wilcoxon* utilizan las diferencias de las observaciones relacionadas como parejas, pero cuando el nivel de medición de las diferencias es ordinal, entonces la prueba de *Wilcoxon* incorpora más información y resulta por tanto ser más poderosa.

No mide conocimientos absolutos sino diferencias relativas entre los momentos de medición (antes y después), de donde resulta una medición ordinal.

MATERIAL OCUPADO

50 Hojas blancas que se dieron a los participantes como material de apoyo. (una por participante)

50 Lápices que se dieron como material de apoyo a los participantes (uno a cada persona).

60 Programas, que contenían la descripción de los temas y las fechas en que cada uno se expuso.

50 Carnets con la programación de cada una de las pláticas y en los cuales se tomó la asistencia, además de especificar a que subgrupo pertenecía el participante (A o B)

2 Salones que se asignaron de una escuela del DIF, que contaron con las características adecuadas de un salón de clases (con buena iluminación., ubicación, pizarrón visible, número de bancas adecuado, buena acústica, etc).

50 Pliegos de papel bond, utilizados para laminas.

2 Pizarrones

2 Borradores

1 Caja de Gises.

RECURSOS HUMANOS.

Para la realización del programa se contó con la participación de dos psicólogas clínicas que laboran en el turno vespertino y 4 psicólogas pasantes que realizaban el *servicio social* en el Departamento de Servicios Sociales, sección de Prevención y Orientación Psicológica.

Se contó además con el apoyo de las trabajadoras sociales del área de Libertad Vigilada quiénes promovieron la asistencia regular de los chicos pertenecientes a ésta área.

finalmente hubo un equipo secretarial que se encargo de transcribir. el contenido teórico. de cada plática.

PROCEDIMIENTO

Se contó con 50 adolescentes, los cuales se dividieron en dos grupos "A" y "B".

La población será obtenida de la siguiente manera:

Los adolescentes provenían de las áreas de Libertad Vigilada, PREMAN y Población Abierta. Los adolescentes que provengan del área de Libertad Vigilada fueron invitados únicamente por las trabajadoras sociales responsables del tratamiento social y/o por las psicólogas encargadas del caso

Los jóvenes provenientes de las áreas de PREMAN y Población Abierta fueron invitados únicamente por las psicólogas asignadas para dar tratamiento a dicho joven. Tanto en Libertad Vigilada como en estas áreas los chicos pertenecían al turno vespertino.

Se integraron paquetes individuales que contenían una invitación, un organigrama, un carnet, 2 hojas blancas y un lápiz, el cual fue dado a cada uno de los participantes en la primera sesión, al igual que un cuestionario.

Dicho cuestionario consistió de 23 preguntas que fueron calificadas en 3 rangos:

"0", que indicará que el sujeto no respondió ó respondió en forma incorrecta a la pregunta.

"1", que indicó que el sujeto respondió parcialmente, es decir, que contestó de manera ambigua.

"2", que indicó que el sujeto contestó correctamente a la pregunta.

En base a estos datos la calificación máxima que un sujeto pudo obtener fue de 46 puntos y la mínima de 0. Estos datos fueron tratados con una escala ordinal.

Dicho cuestionario se aplicó de la siguiente manera:

PRE-TEST 50 cuestionarios (uno para cada sujeto) que se aplicó el primer día, y que evaluaron los conocimientos que el adolescente poseía hasta el momento.

POS-TEST 25 cuestionarios que se aplicaron el último día de las pláticas y que evaluaron los conocimientos que se adquirieron durante éstas.

Los temas tratados durante las pláticas fueron tomados en base a aquellos que dieron una información general y básica de la sexualidad.

La secuencia de los temas se determinaron partiendo de lo general a lo particular y de lo elemental a lo más complejo¹.

La mayoría de las pláticas tuvieron una duración de 2 horas aproximadamente, contaron con una parte teórica y una dinámica (ver anexo 2) que se presentó inmediatamente después a la exposición, tenía como finalidad el reforzar los conocimientos que se adquieran.

Durante la primera sesión se procedió a dividir el grupo en los dos subgrupos mencionados, el "A" y el "B" (división que se llevó a cabo, debido a la gran cantidad de participantes). La asignación de los participantes a uno u otro grupo, se hizo de manera aleatoria. Cada subgrupo se estuvo integrado por 25 adolescentes, hombres y mujeres. A partir de esta sesión se continuo trabajando con estos subgrupos.

En la última sesión se llevó a cabo, la evaluación y además, un evento de clausura que consistió en la realización de una serie de juegos y una pequeña cena. Este convivio se realizó en las instalaciones de la escuela del DIF.

El programa quedó organizado de la siguiente manera:

19 de ENERO DE 1990.

APERTURA DE LAS PLATICAS.

- 1.- Presentación de Coordinadoras y de Pláticas.
- 2.- Evaluación del Grupo (Pre-Test)
- 3.- Introducción. Definición de la Educación Sexual e importancia de esta, aclaración de dudas.
- 4.- Integración de cada uno de los Grupos a través de una dinámica.
- 5.- División del Grupo en dos Subgrupos (A y B)

26 de enero y 2 de febrero.de 1990.²

ADOLESCENCIA.

1.-Dinámica de Presentación.

2.-Definición de Pubertad

3.-Cambios Físicos y Psicológicos en la Adolescencia.

4.-Dudas.

2 y 9 de febrero de 1990

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO Y MASCULINO.

1.- Presentación

2.- Definición de Sexualidad, Sexo, Identidad Sexual y Rol Sexual³

3.-Aparato Reproductor Femenino.

4.-Aparato Reproductor Masculino.

5.- Dudas.

9 y 16 de febrero de 1990.

RESPUESTA SEXUAL HUMANA Y PREFERENCIAS SEXUALES.

- 1.-Importancia de los Grupos Humanos.
- 2.-Preferencias Sexuales
- 3.-Definición de Masturbación.⁴
- 4.-Definición de Heterosexualidad, Homosexualidad y Bisexualidad.
- 5.-Diferenciación de Fases de Respuesta Sexual Humana.
- 6.-Zonas Erógenas, Juegos Eróticos y Coito.

16 y 23 de febrero de 1990.

EMBARAZO Y ANTICONCEPCIÓN.

- 1.-Definición de Embarazo
- 2.-Descripción de la Fecundación
- 3.-Desarrollo Fetal
- 4.-Métodos Anticonceptivos.
- 5.-Dudas

23 de febrero y 2 de marzo de 1990.

ABORTO.

- 1.-Definición de Aborto.
- 2.-Diferentes Técnicas Abortivas.
- 3.-Riesgos Físicos del Aborto.
- 4.-Consecuencias Psicológica y Sociales del Aborto.
- 5.-Dudas

2 y 9 de Marzo de 1990.

ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRASMISIBLES.

- 1.- Sífilis y sus Consecuencias Psicológicas y Sociales
- 2.- Gonorrea y sus consecuencias Psicológicas y Sociales.
- 3.-Sida y sus Consecuencias Psicológicas y Sociales.

9 y 16 de marzo de 1990.

CONCLUSIONES Y CLAUSURA.

- 1.-Cierre de Pláticas.
- 2.-Evaluación final (post-test)
- 3.-Evento de Clausura.

¹.- El orden de las pláticas fue modificado, para este trabajo ya que se consideró que era más adecuado para el desarrollo del mismo.

2.- Las pláticas de "Adolescencia y Aparato Reproductor Femenino y Masculino" fueron reestructuradas quedando de la siguiente manera:

La plática de Adolescencia: "Definición de Adolescencia; Cambios Físicos; Características primarias. Organos Sexuales Femeninos y Masculinos".

La plática de Características Secundarias; Cambios Psicológicos y Sociales de la adolescencia.

3.- El tema fue cambiado a la "Plática de Integración del Concepto de Orientación Sexual" por considerar que este tema debió haberse presentado junto con la definición de Educación Sexual ya que guardan una estrecha relación.

4.- El tema de " Masturbación" fue cambiado a la "Plática de Adolescencia" por considerar que estaba fuera de contexto.

CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se encuentra ubicado en la calle de Xochicalco 947, colonia Santa Cruz Atoyac, delegación Benito Juárez.

LOCALIZACION GEOGRAFICA.

Al norte se limita con la delegación Miguel Hidalgo y Cuauhtémoc; a 100 oriente con la delegación Iztacalco e Iztapalapa; al sur conlinda con la delegación Coyoacán y Alvaro Obregón; colindando con esta al poniente.

La delegación Benito Juárez tiene una superficie total 26,774 Km². Cuenta con servicios de luz, agua, drenaje y pavimento. Además de instituciones bancarias, de salud, transporte público en general que cubren las necesidades de desplazamiento de los habitantes.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA INSTITUCION.

Desde la época precolombina el bienestar familiar, y en especial el de la niñez se ha visto apoyado por diferentes instituciones, entre las que destacan, "*La casa de cuna del hospital Santa Fe*"; "*el Bando del 30 de julio de 1774*" que declaraba a todos los infantes, aún los de padres desconocidos como dignos de todos los honores civiles y eclesiásticos; "*La Casa Correccional*"; "*La Escuela Industrial para huérfanos*"; "*La Casa Asilo de San Carlos*", etc.. (Mancera, 1989).

Instituciones más recientes han sido la "*Asociación Nacional de la Infancia*" que surgieron en 1929 y años más tarde se convirtieron en el "*Instituto Nacional de Protección a la Infancia*". En 1968 éste a través de la "*Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, IMAN*" establece una

coordinación con instituciones públicas y privadas que tendían a disminuir los problemas de abandono, explotación e invalidez de los menores. Pero en 1973, dado el incremento de estos servicios se cambian los objetivos y programas tratando de promover el desarrollo integral del niño, partiendo de una comunidad. Este cambio se hace posible sólo por una labor social, que consideraba que el crecimiento sano de un niño dependía de que todos los aspectos importante de su desarrollo (como familia, la nutrición, servicios médicos a los que estuviera sujeto, etc) se integraran de manera correcta. De aquí en adelante todas las acciones que se llevaban a cabo no tenían ya correspondencia con el nombre del instituto, razón por la que en 1976, se crea el "*Instituto Mexicano para la infancia y la Familia, IMPI*" (IMPI, 1976).

A pesar de los esfuerzos hasta este momento, la familia mexicana continuaba con un proceso evolutivo en el que se presentan profundos cambios y transformaciones que conllevan nuevamente a un cambio y modificación de los programas de las instituciones que se dedicaban a promover el bienestar familiar. Después de realizarse estudios sobre las necesidades reales de estas familias se llegó a la conclusión que era de vital importancia la creación de un sistema que coadyuvara al desarrollo integral de la familia y no sólo del menor, como se había venido haciendo. Así en 1977 se crea el "*El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF*". Este sustituyó al "*Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia, IMPI*" y a la "*Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, IMAN*".

En 1982 bajo la propuesta del *Plan Nacional de Desarrollo*, se crea el marco jurídico en cuyo contexto quedan sentadas las bases en las que toda actividad debería apoyarse. Con esto las disposiciones establecidas en 1977, se suspenden y se integra en su lugar un régimen con tendencias en promover la unidad y coordinación de los programas de gobierno, agrupándolos en sectores. Dando como resultado la incorporación del DIF al sector salud. En 1984 se expide la ley sobre el *Sistema Nacional de Asistencia Social*, que consolida al sector salud e interrelaciona los aspectos de salubridad y asistencia, formando un servicio público regular, continuo y obligatorio.

La dirección de *Asistencia Jurídica del DIF*, es precisamente la que tiene a su cargo el cumplimiento de este servicio, a través de las siguientes funciones.

I.-Presentar servicio de asistencia jurídica y de orientación social a menores, ansianos y minusválidos sin recursos.

II.-Apoyar el ejercicio de la tutela.

III.-Poner a disposición del ministerio público los elementos a su alcance para la protección de incapaces y de los procedimientos civiles y familiares que les afectan.

IV.-Realizar estudios e investigaciones sobre los problemas de naturaleza jurídica de las familias de los menores, ancianos y minusválidos sin recursos, (DIF,1989).

El "*Departamento de Servicios Sociales*" como parte integrante de la Subdirección de Asistencia Jurídica, perteneciente a su vez a la Dirección de Asistencia Jurídica, es el que pone en Práctica las funciones antes mencionadas.

Históricamente corresponde al servicio social modificar situaciones y actividades que se encuentran fuera de los criterios de normalidad, procurando el mejoramiento de las consecuencias negativas que el proceso general de transformación trae aparejadas para ciertos individuos y sectores mal adaptados a su medio social (*idem*).

Para que el servicio social pueda cumplir sus responsabilidades es necesario el entendimiento de la estructura social, de sus desviaciones y de las causas que originan éstas.

Del análisis sistemático de los problemas presentados por los "débiles sociales", "La Organización de Naciones Unidas", clasificó el origen de la patología social en:

- Las contradicciones en las relaciones socioeconómicas.

- La inestabilidad y desorganización de la vida familiar.

- Las incapacidades individuales de los miembros de la familia y, la

- Las calamidades y desastres públicos.

OBJETIVO GENERAL DE LA DIRECCION DE ASISTENCIA JURIDICA

El objetivo general del programa de la Subdirección de Asistencia Jurídica, es:

"La integración social a los menores y a la Familia en los asuntos que sean compatibles con los del sistema. Así como fomentar la relación entre las procuradurías de la defensa del menor y las familias del DJJ nacional y entidades federativas lo que se traduce en la prestación organizada y permanente de servicios de asistencia jurídica y conexos a menores, ancianos, mujeres, minusválidos en estado de abandono. Al igual que la familia, realizando la investigación de problemáticas jurídico social que les afecta y en conjunto la búsqueda de soluciones viables a estas problemáticas". (DJJ, 1982-1988).

OBJETIVO GENERAL DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES.

El objetivo general del Departamento de Servicios Sociales es el siguiente:

*Contribuir a la superación de la problemática social de las familias, los menores, los ancianos y minusválidos, por medio de acciones de integración que promuevan y fomenten, el desarrollo y solidaridad familiar hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.
(DIF, 1982-1988)*

Retomando lo anterior el Departamento de Servicios Sociales da atención principalmente a menores infractores en estado de abandono y/o maltratados; personas desamparadas; familias con problemas de desviación de la conducta y/o reacciones que se consideran insanas para las buenas relaciones familiares; farmacodependientes no muy avanzados. Esta labor asistencial es la que promueve, fomenta el desarrollo y solidaridad social y familiar (DIF, 1982-1988).

Dicha labor asistencial es realizada por el Departamento a través de las siguientes funciones:

Estudia y propone políticas para prevenir y corregir conductas sociales inadecuadas de menores y familiares.

Atiende al menor maltratado y desamparado.

Localiza fuentes de trabajo y ofrece orientación laboral a personas que soliciten este servicio.

Investiga e instrumenta métodos estratégicos y técnicos para la solución problemáticas de orden social.

Coadyuva con el consejo tutelar para menores infractores del Distrito Federal, en la labor de libertad vigilada de estos.

Vigila el funcionamiento de los internados en los cuales se haya tramitado el ingreso de menores por parte del Departamento (ésto con la finalidad de que la atención que se les brinde sea la adecuada). (idem).

ORGANIZACION INTERNA.

El Departamento de Servicios Sociales esta constituido por 6 áreas que cubren las funciones mencionadas:

Coordinación de Internado. Su función es ubicar y proporcionar un lugar donde los menores abandonados o que pertenecen a familias en que su ambiente es dañino puedan recibir la atención necesaria para su buen desarrollo.

Bolsa de Trabajo. Aquí se localizan empleos a los usuarios del servicio, para poder orientarlos y motivarlos para que así puedan mejorar su nivel de vida. En algunos casos los usuarios son derivados al área de psicología por el trabajador social encargado ya sea porque éste haya detectado algún problema o porque sea necesaria una valoración psicológica.

Prevención del Maltrato al Menor. El objetivo es asistir a menores de entre 0 y 18 años que presentan o sufren habitualmente de actos de violencia física, emocional ó ambas, ejecutadas en forma intencional (no accidental) ya sea por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos. Aquí también se proporciona tratamiento social y en caso de que se amerite, el psicológico.

Libertad vigilada. Dentro de ésta se contribuye a la rehabilitación y readaptación de menores infractores que por disposición del consejo tutelar obtengan el beneficio de libertad vigilada. Esto se lleva a cabo con ayuda de trabajadores sociales y psicólogos del Departamento.

Integración Social. Esta área tiene como objetivo tratar de mantener en orden las relaciones de aquellas familias cuyo desenvolvimiento, según los patrones sociales, son inadecuadas.

Prevención y orientación Psicológica. Se pretende determinar las acciones que permitan detectar y diagnosticar la existencia de alteraciones psicológicas (farmacodependencia, integración psicosocial, problemas de aprendizaje, etc); para su atención o derivación adecuadas, coadyuvando a la normalización de las relaciones familiares, propiciando así la integración e incorporación de ésta a la sociedad.

POBLACION ATENDIDA

La población atendida en el área de prevención y orientación psicológica, provienen principalmente de las cinco áreas restantes con las que cuenta el Departamento, y de personas externas que llegan a solicitar el servicio, denominándoles población abierta.

Las familias que se atienden pertenecen en su mayoría a los *grupos más débiles de la sociedad urbana, los marginados*, quienes a su vez constituyen subgrupos que se encuentran separados entre sí. Sus miembros tienen un contacto emocional mínimo y sus figuras de parentesco son poco afectivas, impidiendo con esto que se pueda establecer una conexión adecuada con su comunidad y de lo que ésta les ofrece y proporciona. Su mundo es individual, y con grandes dificultades de agrupación, cuestión que les dificulta la interacción con las instituciones, llevándolos automáticamente al subempleo ó empleos eventuales (DIF,1987).

Aunada a esta característica se encuentra el incremento demográfico y el desarrollo extraordinariamente veloz del país que traen como consecuencia lógica la agudización de los problemas económicos y sociales, el aumento de personas productivamente activas (que se duplican cada 20 años); la falta de fuentes de trabajo; de escuelas; de servicios médicos; vivienda, etc, que se ven aumentados en las poblaciones marginadas, en las cuales se carece de los servicios y elementos mínimos básicos para su supervivencia (Garza de la, 1976),

Uno de los problemas más graves a los que se enfrentan los marginados, es la falta de vivienda que acarrea el *hacinamiento*. Una habitación sucia, con olores desagradables, promiscua, etc., influyen en las relaciones humanas inadecuadas. La habitación representa mucho más que una estructura física se convierte en un objeto de gran carga emocional que puede llegar a promover o disminuir la autoestima y motivación de los menores que forman parte de la familia. (Garza del,

1976). La comunicación existente en la familia que vive en hacinamiento es muy limitada, las madres pasan muy poco tiempo con los hijos dándoles el mínimo de atención y tiempo. El menor al no poderse comunicar verbálmente ni poder transmitir sus observaciones, pensamientos y sentimientos los reserva para sí, percibiendo el mundo de acuerdo a sus necesidades, toma actitudes inadecuadas como la agresión, delincuencia, prostitución, etc., que le permite expresar sus deseo de ser escuchados y tomados en cuenta. De esta manera las familias marginadas se ven obligadas a usar las más simple y dramática forma de lenguaje, el corporal. Cuando se llega a establecer algún tipo de plática sobre cualquier tópico, generalmente termina en riña, razón por la que casi nunca hay conversaciones. Los conflictos no tienen fin y la educación familiar empieza a transformarse (Programa de Libertad Vigilada S/F).

La organización familiar se caracteriza por hogares en los que la actividad del trabajo esta distribuida por imposiciones, principalmente del padre. Los padres no discriminan entre los hijos y ellos, a medida que los niños van creciendo el papel a desarrollar por cada uno depende no sólo de la estatura y de la edad. Las necesidades de los padres son con frecuencia, tan apremiantes como las de los hijos y en muchos casos superiores.

Muchas de las madres de estas familias proviene a su vez de familias con muchas privaciones y carencias, se perciben como desamparadas, incompetentes, desesperadas y siempre explotadas por los hombres. En situaciones de conflictos tienden a deprimirse, enfermarse o a buscar la solución de su problema en el alcohol o en el amor transitorio de un hombre incompetente y solitario (Garza, 1976)

El padre desempeña un papel secundario, aparece esporádicamente gritando y golpeando, prácticamente no es obedecido, generando una situación de angustia colectiva. La relación con la mujer es ambigua esposo e hijo a la vez, Se siente desplazado por los hijos y tiene dificultad para entregarse a la familia (Romero,1982). Ante esta situación la madre tiende a tomar un doble papel, ya que además de realizar sus funciones en el hogar, tiene que hacerse cargo del soporte económico, tomando el papel del padre. Este dato supondría la existencia de un patriarcado, aunque paradójicamente el padre de algún modo se encuentre presente. Es frecuente que la madre trate de inculcar un respeto temeroso hacia el padre, a quién el hijo ve rara vez, simultáneamente, suele ser la propia madre la que con mecanismos sutiles mantiene apartado al marido. (Libertad Vigilada S/F).

La presencia (evocada) del padre refuerza el clásico esquema patriarcal. La mujer sufre por causa del hombre; aparentemente es débil

sin él; de cierto modo es su propiedad. Estas pautas de conducta suelen ser muy arraigadas en la sociedad y siguen reproduciéndose en los esquemas machista (DIF, 1987)

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

El servicio fue realizado durante el período que comprende del 1o. de septiembre de 1989 al 31 de mayo de 1990, en el turno vespertino, (de 15:00 a 19:00 hrs.). Las funciones que se realizaron durante el servicio correspondieron al área clínica y pueden dividirse en dos:

A) ATENCION DE CASOS.

Este rubro a su vez se puede dividir en varias actividades, todas relacionadas a la atención de casos.

I.- Entrevista Inicial o Filtro. Esta se hacía a las personas que llegaban a solicitar el servicio de psicología por primera vez. El objetivo era detectar si la problemática presentada por el solicitante era apta o no para ser atendida dentro del departamento. Si era factible de ser atendida, entonces se le asignaba un psicólogo, el cual se encargaba de llevar el caso. De suceder lo contrario, se hacía una derivación o canalización, ya fuera a otra área dentro del mismo departamento o bien a otra institución que pudiera tomar dicho caso.

La cantidad de filtros hechos en el servicio fue de aproximadamente 100, de los cuales se derivaron alrededor de 60.

II.- Orientación Psicológica.- Esta fue la actividad principal del Servicio Social. Consistió en proporcionar terapia breve y/o de apoyo, se organizaba en sesiones de una hora cada semana, pudiendo aumentar o disminuir el número de éstas según lo requiriera el caso. La duración era de 3 a 6 meses como máximo.

El control de cada caso se llevaba mediante expedientes, que deberían de contener los siguientes documentos:

A) El reporte del filtro, donde se hacía un resumen del motivo inicial de la solicitud de atención.

B) La historia clínica, donde se transcribían los datos referentes a la información general del paciente; dinámica del problema; antecedentes familiares, escolares, laborales, así como el estado actual de éstos.

C) Elaboración de reportes de sesión que como su nombre lo dice, es el relato y la descripción de lo que sucedió durante la sesión, se hace al término de éstas. La cantidad de reportes realizados fueron aproximadamente de 600.

D) Pruebas aplicadas. La aplicación de éstas dependió del criterio del psicólogo, así como también el tipo de test que se aplicaron. Las pruebas que se llevaron a cabo fueron las siguientes:

Pruebas Projectivas.

Machover

HTP

Test del Arbol

Test de la Familia

Pruebas de Personalidad

MMPI

Pruebas Perceptivas:

Bender

Pruebas Vocacionales.

Kuder vocacional

Allport

E) Evaluación psicológica, que se hace en el momento de cerrar los expedientes. Aquí se describen cuales fueron los motivos de consulta, así como la evolución del paciente durante la terapia; resultados de pruebas; diagnósticos y pronósticos.

III.- PLATICAS DE NIVEL COMUNITARIO. Dichas pláticas fueron impartidas en centros de bienestar social del DIF. Los cuales se encargaron de hacer las invitaciones a sus comunidades aledañas. La

población asistente era principalmente amas de casa y adolescentes. Una vez que se terminaba la plática no se tenía más contacto con éstos.

Las pláticas que se dieron fueron las siguientes:

PLATICAS	CENTROS
Comunicación entre Padres e hijos Atzacocalco	Nueva
Sexualidad Atzacocalco	Nueva
Farmacodependencia Atzacocalco	Nueva

B) PLATICAS DE INFORMACION SEXUAL.

Esta fue desde el punto del pasante la actividad más sustancial, ya que fue desarrollada al 100% en cuanto a idea y trabajo por la pasante

La importancia de ésta actividad radica en el hecho de que el programa de "*pláticas de orientación sexual*" surge a partir de la propuesta de los psicólogos de base y pasantes ante la constante *necesidad de orientación sexual* que presentaban la mayoría de los pacientes atendidos y sobre todo en los que provenían del área de Libertad Vigilada, ya que muchos de ellos fueron internados al consejo tutelar por problemas de tipo sexual.

La información que se manejó fue acerca de tópicos que proporcionaron los conocimientos básicos de la sexualidad, abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de ésta.

El programa se organizó en 6 pláticas, que dieron comienzo el 19 de enero de 1990 y terminaron el día 16 de marzo del mismo año, tuvieron una duración de 2 a 3 horas. Se impartieron todos los viernes.

Las pláticas consistían de una parte teórica y de dinámicas (ver anexo 2) de grupo. El objetivo de cada dinámica estaba determinado por el de la plática en cuestión.

La actividad que la pasante realizó en estas pláticas fue la coparticipación en la elaboración del programa general y en la elaboración en los instrumentos de medición. Específicamente se realizaron y expusieron las pláticas de " *introducción a la sexualidad*"¹ y el " *aborto*".

¹.- Esta plática corresponde a lo que en este trabajo es es la plática de "Integración del Concepto de Sexualidad",

RESULTADOS

Las actividades desarrolladas durante el servicio social se pueden clasificar en dos grandes rubros:

A) Atención de casos y,

B) La participación teórico-práctica en las "Pláticas de Orientación Sexual".

A) Atención de Casos.

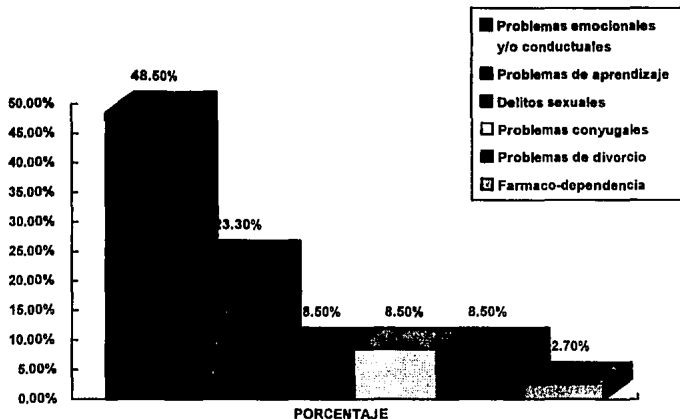
Se atendieron un total de 50 casos, doce de éstos desertaron en la primera sesión ignorando las causas de esto; cuatro casos desertaron entre la segunda y sexta sesión, la deserción de dos de ellos ocurrió debido a que el horario de su trabajo les impedía seguir acudiendo a las sesiones. De los otros dos casos se ignoran las causas de su inasistencia.

Los 34 casos restantes fueron atendidos en un lapso de tres a seis meses, lapso de tiempo que dependía del tipo de problema.

Los principales motivos por los que los pacientes, atendidos por la pasante en psicología acudieron a solicitar el servicio de orientación psicológica fueron los siguientes:

Problemas emocionales y/o conductuales	48.4%
Problemas de Aprendizaje	23.6%
Delitos Sexuales	8.8%
Problemas Conyugales	8.8%
Problemas de Divorcio	8.8%
Farmacodependencia	2.9%

ATENCIÓN DE CASOS



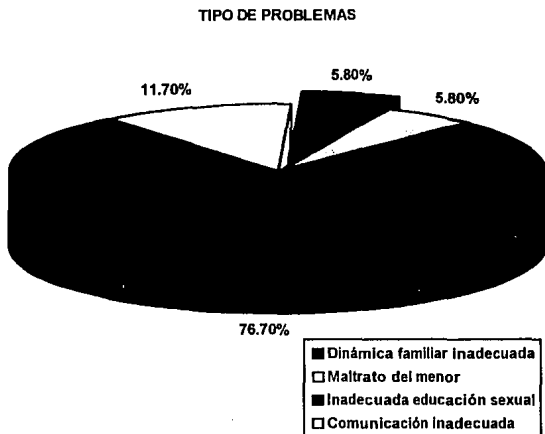
Pese a que estas problemáticas fueron reportadas por los pacientes, a la pasante en psicología, como los principales motivos de asistencia, durante el transcurso de las sesiones, se pudo detectar que las causas reales de dicha problemática eran las siguientes:

-Maltrato emocional hacia los menores, falta de atención y cuidados.

-Inadecuada educación sexual y por ende de orientación e información en este respecto.

-Comunicación inadecuada, Inhabilidad para expresar los deseos y sentimientos hacia los miembros de la familia y/o personas que los rodean.

Dinámica familiar inadecuada	76.7%
Maltrato del menor	11.4%
Inadecuada educación sexual	5.8%



Es importante aclarar que cada una de las causas mencionadas no son mutuamente excluyentes y por tanto todas pueden presentarse de manera conjunta, aunque en diferentes grados, lo que da como resultado una red compleja de problemas, convirtiéndolo así la razón por la que se asiste al área de psicología como una pequeña parte de toda la problemática.

B) Participación Teórico Práctica en las " Pláticas de Orientación Sexual"

En lo referente a las "Pláticas de Orientación Sexual", el pasante en psicología participó en la elaboración y exposición de las pláticas de

"Introducción a la Educación Sexual y la importancia de ésta", "Aborto" y las "Conclusiones". De estas pláticas sólo en la segunda se realizó una dinámica que consistió en un sociodrama. (ver anexo 2)

De la población atendida por el pasante, (34 casos) sólo asistieron a las pláticas 4 jóvenes, debido a que los otros 30 no cubrían los rangos de edad, aunque algunos de ellos presentaron problemas de índole sexual. De estos 4 jóvenes asistentes se encontraban entre los 12 y los 15 años de edad, 3 de ellos era hombres los cuales provenían del área de Libertad Vigilada, quiénes ingresaron al Consejo Tutelar por delitos de violación (cometida en contra de menores de entre 5 y 6 años de edad), todos pertenecientes a familias marginadas y dos de ellos con padres separados (vivían con la madre), la relación con el padre era lejana. La cuarta persona era una joven proveniente del área de Población Abierta quien llegó al departamento por problemas con el padre biológico, a quien sigue viendo de vez en cuando, ya que su familia actual estaba constituida por su madre, hermano y padrastro con quiénes mantenían buena relación.

Resultados de las Pláticas

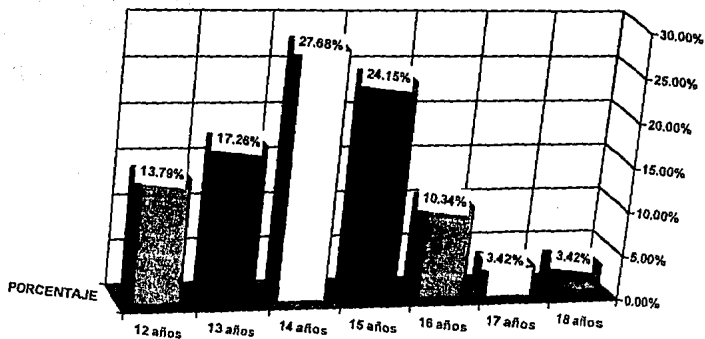
La cantidad de asistentes que se inscribieron en un principio fue de 50, cuestión por la que se decidió a dividir a éstos en dos grupos "A" y "B", sin embargo, al finalizar las pláticas la participación de los asistentes se redujo a 29 adolescentes. Reducción que condujo a que en el tratamiento estadístico fueran tomados como un sólo grupo.

De los 29 adolescentes el 75.8% (23) eran hombres y el 24.2% fueron mujeres.

La edad de estos jóvenes fluctuaba entre los 12 años y los 18 años. Los porcentajes por edad son los siguientes:

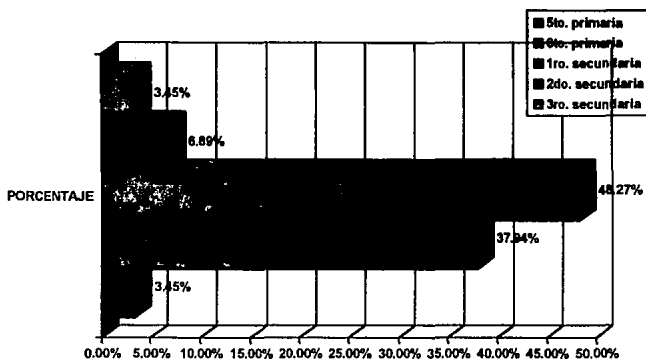
12 años	13.79%
13 años	17.24%
14 años	27.58%
15 años	24.13%
16 años	10.34%
17 años	3.4%
18 años	3.4%

EDADES



En cuanto a la escolaridad, ésta fluctuaba entre el quinto años de primaria y el tercer año de secundaria. Los porcentajes de la escolaridad fueron los siguientes:

5° grado de primaria	3.44%
6° grado de primaria	37.93%
1° grado de Secundaria	48.27%
2° grado de Secundaria	6.89%
3° grado de Secundaria	3.44%



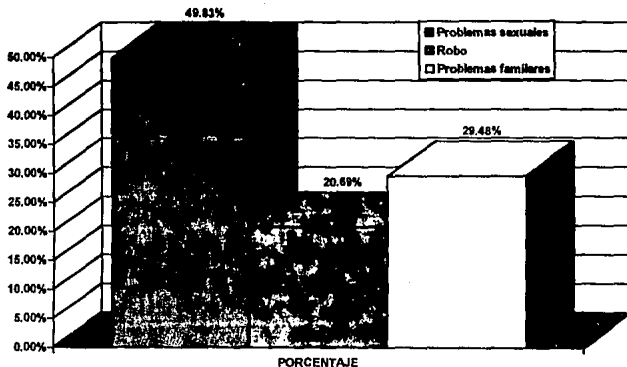
Las razones por las que los adolescentes participaron fue en primer lugar porque se consideraba que los adolescentes que venían del área de libertad vigilada, quienes habían ingresado al Consejo Tutelar por delitos sexuales (violación, intentos de violación y prostitución) tenían una gran carencia de información y orientación sexual. Aquellos adolescentes cuyo ingreso al Consejo Tutelar no había sido por delitos sexuales sino por robo, presentaban también algunas deficiencias con respecto a la información sexual.

Para aquellos adolescentes que provenían de otras áreas y cuya asistencia al área de orientación psicológica se debía a motivos de relación familiar, se mostraron también con déficit en cuanto a su información sexual.

La población participante, en cuanto a los factores anteriores, se dividió en la forma siguiente:

Problemas Sexuales	49.82%
Robo	20.68%
Problemas Familiares	39.48%

CAUSA DE PARTICIPACION



En lo referente al análisis estadístico, los resultados presentados, están compuestos de dos datos, *pre-test* y *pos-test* de cada sujeto. Cada test consistió de 23 preguntas que fueron calificadas en 3 rangos (ver diseño).

La prueba de Wilcoxon demostró que al grado de significancia del 0.05% (cifra que representa la probabilidad de cometer lo que se considera un error de tipo I, que es cuando se rechaza una hipótesis nula verdadera), la hipótesis nula (H_0) se rechaza; lo que implica la aceptación de la hipótesis alterna (H_a), la cual apoyó la suposición de que los datos obtenidos en el *pos-test* fueron superiores a los del *pre-test*.

Los resultados de la prueba de Wilcoxon arrojaron datos contundentes. En todos los casos se obtuvieron calificaciones superiores en el *pos-test* con relación al *pre-test*.

Sujetos	Calificación	Calificación	Diferencia
	<i>Pre-test</i>	<i>Pos-test</i>	
1	26	46	-20
2	23	37	-14
3	22	36	-14
4	15	30	-15
5	14	38	-24
6	13	43	-30
7	11	37	-26
8	10	23	-13
9	10	37	-27
10	10	12	-02
11	9	28	-19
12	8	32	-24
13	8	21	-13
14	8	26	-18
15	7	11	-04
16	6	26	-20
17	6	9	-03

Sujeto	Calificación Pre-Test	Calificación Pos-test	Diferencia
18	6	20	-14
19	5	12	-07
20	5	16	-11
21	4	19	-15
22	4	11	-07
23	4	16	-12
24	3	12	-09
25	3	25	-22
26	3	27	-24
27	3	19	-16
28	1	13	-12
29	0	3	-03

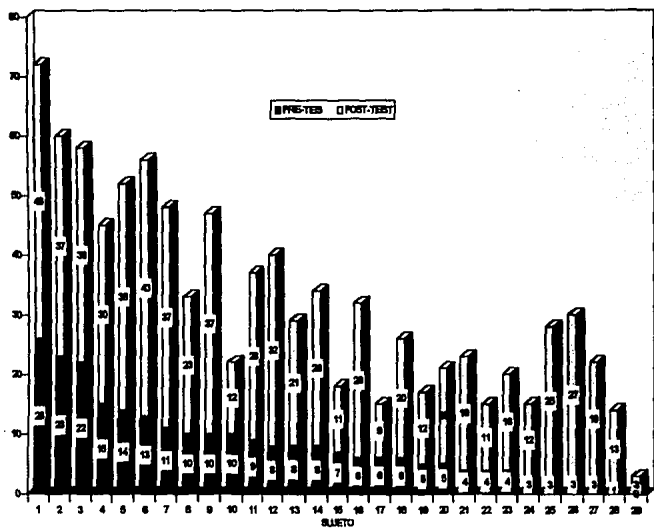
La suma de las diferencias positivas fue de cero, es decir que no hubo ninguna calificación del pre-test que restándole la calificación del pos-test diera una calificación positiva.

La suma de las diferencias negativas fue de 435, se puede decir que la hipótesis nula se rechazó con una probabilidad de error de 0.01%

Por lo anterior se puede afirmar con una certeza del 99.99% que hubo mejoría o aumento en las calificaciones del pos-test.

De acuerdo a este aumento se puede concluir por los datos arrojados en la prueba de Wilcoxon, que el objetivo de las "Pláticas de Información Sexual" fue conseguido. Obteniéndose un aumento de aprendizaje en promedio del 219.8% . Dicho incremento se puede ser

observado en las gráfica siguiente.



ANALISIS

El trabajo desarrollado durante el servicio social, en el Departamento de Servicios Sociales, permitió cubrir los objetivos planteados tanto por el "*Manual para la Elaboración del Informe Final del Servicio Social de la Carrera de Psicología*" como por la propia institución (DIF).

Estos objetivos fueron cubiertos, en primer lugar, por *las sesiones de orientación psicológica* a través de las cuales se mantuvo contacto directo con diferentes problemáticas, tales como la desintegración familiar, farmacodependencia, delitos sexuales, etc. -(Que actualmente, por su frecuencia, han llegado a constituir una verdadera preocupación nacional)- y en segundo término, por las *Pláticas de Orientación Sexual* (es importante aclarar que pese a que el objetivo no era el dar orientación como tal, sino únicamente proporcionar conocimientos básicos, en este trabajo se decidió dejar el concepto de *Orientación* en vez del de *Información*, por ser así como se definieron en la institución donde se impartieron).

El contacto diario con estas problemáticas le dio al pasante la posibilidad de adquirir una mayor preparación teórico-práctica, además de participar activamente en la solución de éstas.

Otra de las posibilidades que se abrieron fue el contacto en forma directa con otras disciplinas, realizando un trabajo multidisciplinario. La disciplina con la que se guardó una relación estrecha, en cuanto al manejo de casos, fue la de "*Trabajo Social*"; ya que las orientaciones psicológicas van generalmente a la par con el tratamiento realizado por las trabajadoras sociales encargadas del caso, con las que se intercambia información del comportamiento del paciente, de su ambiente familiar, de su modo de vida, etc. Otra disciplina relacionada en el tratamiento de casos fue la de "*Derecho*", ya que en ocasiones se les pedía a los abogados una orientación legal, con la finalidad de poder dar asesoría a los pacientes, evitando así consecuencias desfavorables.

En lo referente a la preparación académica, el pasante en psicología contó con los elementos básicos para enfrentarse a las exigencias de los casos atendidos. Empero, siempre se hizo necesaria la revisión de bibliografía adicional relacionada con la *Terapia Familiar* (ya que en muy pocas ocasiones se contó con asesoría por parte del Jefe Inmediato).

A partir de los conocimientos adquiridos en los casos atendidos, se pudo abstraer y aplicar información en el tratamiento de casos

posteriores. Dicha información también se puso en práctica en la elaboración de programas preventivos, tales como las "*Pláticas de Orientación Sexual*" que, además, sirvieron como apoyo en el tratamiento terapéutico individual de los participantes, sobre todo, en aquellos que ya habían cometido algún tipo de delito sexual.

Estas pláticas surgieron debido a que la mayoría de las familias atendidas se encontraban desintegradas o parcialmente integradas y que provenían de sectores tanto cultural como económicamente bajos, con una gran *necesidad de orientación en todos los ámbitos, especialmente en el área sexual*. Esta actividad **no se encontraba dentro de las incluidas** en el área de Psicología del Departamento de Servicios Sociales. La formación, pues, de estas pláticas sirvió no sólo ahorrando tiempo, sino como una gran ayuda en el tratamiento psicológico de cada uno de los participantes se plantea de esta manera que la actividad del psicólogo clínico dentro del Departamento no debe limitarse únicamente dar sesiones de orientación a nivel individual y en un cubículo a puerta cerrada-. Posteriormente, dichas pláticas se integraron al programa del área de Psicología como una actividad más que debe cubrir el Departamento, a demás de que se ganó el premio nacional de estímulos del DIF, en ese año.

Valorando el desarrollo de las pláticas, se consideró que, en forma general, fueron organizadas de manera adecuada cubriendo satisfactoriamente su objetivo.

Los resultados obtenidos por cada uno de los participantes en el pre-test y el post-test demostraron que la mayoría de ellos *mejoraron* sus conocimientos en el área sexual. Sólo un sujeto obtuvo un calificación baja en relación a los demás, pero no en relación a su pre-test. Esta calificación tan baja se debió a que este participante tenía problemas de aprendizaje. (información obtenida por su psicólogo).

De los temas expuestos, en los cuestionarios se mostró que ninguno presentó mejoría significativa en relación a los otros temas. Si bien es cierto que se encontraron preguntas donde la diferencia entre el pre-test y el pos-test fue mínima, no se encontraron exclusivamente en el mismo tema, sino en el conjunto de éstos. Se puede decir que tal vez esto se debió, más que a una mala exposición, a una mala presentación de las preguntas, o bien a características personales.

Al comparar los promedios de calificación obtenidos en cada uno de los temas se encontraron algunas diferencias notables, pero siempre presentando una mejoría en la relación pre-test/post-test.

Los menores promedios obtenidos fueron en los siguientes temas: "**Adolescencia**", "**Características Sexuales Secundarias**" y

"Respuesta Sexual Humana". Estas menores calificaciones pudieron deberse a la dificultad de dichos temas. Por ejemplo, el tópico **"Aparato Reprodutor"** es demasiado extenso y técnico para el nivel de los participantes.

El tema **"Embarazo y Anticoncepción"**, pese a que su calificación promedio fue regular, se considera que pudieron haberse obtenido mejores calificaciones si el tema se hubiera dividido en dos sesiones: la primera de **"Embarazo"** y la siguiente de **"Anticoncepción"**. Ambos tópicos fueron demasiado extensos para una sola sesión, de hecho, ésta duró alrededor de tres horas, resultando muy cansada y fastidiosa para los jóvenes.

Los temas **"Aborto"** y **"Enfermedades Sexualmente Transmisibles"**, fueron los que obtuvieron un promedio de calificación mayor. Cuestión que se pudo haber relacionado, más que nada, a que los jóvenes ya habían adquirido ciertos conocimientos en las pláticas previas que les facilitaron un mejor entendimiento de éstas. O bien, pudo haberse debido a las características individuales de cada expositor.

En lo referente al *control* se pudo detectar que la mayoría de las deserciones se encontraban relacionadas con éste, ya que muchos de los jóvenes que se inscribieron, lo hicieron por consejo de su psicólogo, o porque se consideró necesario como apoyo a su terapia psicológica o al tratamiento social que llevaban; dejando de lado algunas cuestiones individuales como sus motivaciones, interés y, sobre todo, el horario de trabajo de los participantes, o bien, el reintegro al Consejo Tutelar.

La evaluación que se hizo a los jóvenes asistentes, para saber si habían adquirido o no conocimientos en el área sexual, fue hecha sólo para medir esto, jamás se intentó evaluar si hubo un cambio en las actitudes y/o pensamientos con respecto a la sexualidad. Cambio que podría suponerse porque, al haber un aprendizaje, generalmente existe un cambio en la percepción; provocando con esto una nueva orientación y punto de vista en relación a una situación. Tal suposición sólo queda en este nivel, ya que no se cuentan con los elementos necesarios para poder afirmarla o desecharla.

Pese a que el apoyo por parte de la institución para la realización de éstas pláticas fue bastante bueno, siempre se limitó la ejecución del pasante debido a la premura del tiempo, impidiendo obtener un mejor control en el trabajo. Además, se debe aclarar que la elaboración de éstas pláticas fue el primer intento, tanto de la institución como de los pasantes, de crear un programa anexo de apoyo a la terapia individual. Lo que definió a las pláticas como un programa piloto.

Los problemas a los que el pasante se llegó a enfrentar para la realización de este trabajo fueron por una parte, las *cuestiones individuales*, como el tiempo que se le dedicó al desarrollo del presente reporte de servicio, siendo a veces muy corto por los horarios de trabajo. Por otra parte, la dificultad para poder obtener una credencial de la biblioteca para préstamo a domicilio, ya que la mayoría de las veces que se asistió a la biblioteca de la escuela, ésta sólo deba servicio de préstamo de libros en sala.

CONCLUSIONES

El Servicio Social, constituyó una parte importante en la formación del pasante, ya que para algunos puede ser la primera experiencia laboral.

En el caso específico del presente trabajo Servicio Social además de ser la primera experiencia laboral, brindó la oportunidad, de tener una actuación activa como psicólogo clínico, fungiendo como terapeuta, y no sólo como observador, realizando actividades muy ajenas o poco relacionadas con la carrera, como la de archivistas, secretaría, etc. como suele ocurrir en algunas instituciones.

En la medida que se desarrollaba el servicio y transcurría la terapia el pasante pudo detectar que la mayoría de las personas que atienden provienen de sectores económicamente bajos, de familias total o parcialmente desintegradas, donde el padre, en muchos casos, se encontraba ausente; y en otros era un padre alcohólico, drogadicto, "periférico", etc. La madre, en muchos casos, tomaba la parte activa en cuanto a la manutención de la familia y siempre se veía como la víctima. Los hijos se encontraban en una situación de descuido y muchas veces de abandono. Los problemas que más comúnmente se presentaban, dadas las características económicas y culturales de esta población eran *una inadecuada comunicación entre la pareja y con los hijos, divorcios, maltrato físico y moral tanto del esposo a la esposa como de uno o ambos de ellos hacia los hijos, desorientación en todas las áreas y sobre todo la sexual.*

Como se mencionó en la introducción, de la frecuencia con que se presentaron problemas de falta de información y orientación sexual, surgió la idea de proporcionar estos conocimientos de una manera más rápida y homogénea que apoyara a las sesiones de orientación.

Los resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados antes y después de las pláticas a los participantes, demostraron que la población siempre es susceptible de aumentar sus conocimientos cuando se le ha presentado la información en forma adecuada. Con lo anterior se quiere decir que nunca hay que restar esfuerzos en la aplicación de este tipo de actividades.

Es de suma importancia denotar también que el conocimiento adquirido por los participantes en los tópicos de sexualidad sirvió de apoyo en el tratamiento psicológico y ya que facilitó la comprensión de algunos procesos y circunstancias inherentes a su edad y en algunos casos proporcionó elementos para la solución de algunos problemas.

Es necesario aclarar y recalcar que la elaboración de las pláticas sugieron como una necesidad de la misma población y no con la finalidad de obtener algún beneficio. Sin embargo el éxito de las pláticas conllevo a que éstas, actualmente, formen parte de los objetivos del área de psicología del Departamento de Servicios Sociales, dándose cada semana a pacientes adolescentes. A además de mencionar que se ganó con ellas el premio de estímulos organizado por el DIF cada año.

La trascendencia de estas pláticas entonces, para el pasante, no se encuentra sólo en relación a que éste haya demostrado que cuenta con los conocimientos, capacidad y habilidad suficiente para desarrollar su labor como psicólogo clínico, sino que puede contribuir tanto al desarrollo y/o mejora de los objetivos de la institución donde se realizó el Servicio Social como en la participación de prevención y/o solución de una problemática, como es la sexual, de una población real.

SUGERENCIAS

A partir de los puntos analizados en el presente trabajo se proponen las siguientes sugerencias:

a) La evaluación que se realizó, no sólo debió considerar la adquisición de conocimientos, sino también tomar en cuenta los posibles cambios de actitudes, en los participantes.

b) Simplificar el tema "Adolescencia" para facilitar la comprensión de los participantes, ya que la mayoría de éstos tiene un nivel académico no mayor al primer grado de secundaria.

c) Dividir en dos sesiones el tema "Embarazo y Anticoncepción". Ya que ambos son tópicos demasiado extensos para ser presentados conjuntamente.

d) Tener un mayor control en cuanto al horario de trabajo u otras actividades a realizar por cada uno de los participantes, ya que se considera que algunas de las descersiones ocurrieron porque los jóvenes se encontraban en el trabajo y no podían obtener el permiso para asistir a las pláticas.

e) Organizar pláticas de información sexual (por parte del área de Psicología del Departamento de Servicios Sociales) para padres y maestros, ya que muchos de ellos presentan las mismas (o peores) deficiencias que los jóvenes; ocasionando con esto una errónea instrucción.

g) Promover este tipo de programas de educación sexual en todas las instituciones encargadas de los sectores de educación y salud, con el objetivo de presentarlos a la población en general, sobre todo a los estratos de menos recursos.

h) En relación a la atención de casos, en aquellos en que se compruebe la necesidad de requerir un mayor lapso de tiempo, poder rebasar el límite de seis meses impuesto por la Institución para el tratamiento de los pacientes (esto sólo aplicable a los casos atendidos por los psicólogos de base).

f) Actualizar las listas de consulta de tesis y reportes de servicio social existentes en la biblioteca. Ya que los documentos más actualizados datan de 1988, lo que hace pensar que desde esta fecha no ha habido nadie que se haya titulado por dichas opciones, lo cual resulta absurdo.

LIMITACIONES

El pasante en psicología se encontró con varias limitaciones durante la práctica del servicio social.

Pese a que la institución dio apoyo total para la realización de las "*Pláticas de Orientación Sexual*", siempre se contó con una fuerte limitación que fue la falta de una asesoría y/o supervisión por parte de la institución, asesoría con la que tampoco se contó en las sesiones terapéuticas.

Esta limitación se encuentra estrechamente relacionada con otra limitación encontrada en cuanto al instrumento utilizado. Debido a la falta de asesoría nunca se comprobó la confiabilidad y validez de los cuestionarios, ignorando así si realmente estaba midiendo lo que se quería.

En lo referente a la relación que se tuvo con las compañeras psicólogas de base, al principio del servicio, fue bastante buena, ya que se recibió apoyo en todos los sentidos. Pero en el momento en que se empezaron a organizar las pláticas, surgieron una serie de problemas precisamente en cuanto a la forma de organizar el trabajo, la forma de redactarlo, la medición de los cuestionarios, etc. Cuestión que, a parte del corto tiempo, impidió que hubiera una mayor eficiencia.

ANEXO 1

CUESTIONARIO (Pre-test y Post-test).

NOMBRE: _____ **Edad** _____

Sexo _____

Psicólogo Asignado y/o Trabajador Social _____

INSTRUCCIONES:

A continuación se te presentan una serie de preguntas que deberás contestar de la manera más clara y concreta posible. El propósito del presente cuestionario es conocer la información con la que cuentas acerca de la sexualidad.

PREGUNTAS.

- 1.-¿Porqué es importante una adecuada Orientación Sexual?
- 2.-Menciona tres cambios físicos que ocurren en el hombre durante la adolescencia.
- 3.- Menciona tres cambios físicos que ocurren en la mujer durante la adolescencia.
- 4.-¿Que cambios emocionales ocurren en los adolescentes?
- 5.-¿Que es pubertad?
- 6.-¿En qué consisten las características sexuales primarias?
- 7.- ¿En qué consisten las características sexuales secundarias?

- 8.- Enuncia tres partes del aparato reproductor masculino y sus respectivas funciones?
- 9.-Enuncia tres partes del aparato reproductor femenino y sus respectivas funciones.
- 10.-¿Cuál es la diferencia entre sexo, sexualidad y rol sexual?.
- 11.-¿Cuáles son las fases que se dan en al respuesta sexual humana?
- 12.- ¿Qué es la masturbación?
- 13.-¿Qué consecuencias trae consigo la masturbación?.
- 14.-¿Qué es la Fecundación?.
- 15.-¿Cómo sabe un mujer que está embarazada?.
- 16.-¿Qué es un anticonceptivo?
- 17.- Menciona tres métodos anticonceptivos
- 18.-¿Qué es el aborto?
- 19.- ¿Cuáles son los riesgos que corre una mujer al practicarse un aborto?
- 20.-¿Cuáles son los efectos emocionales que acarrea la práctica de un aborto?
- 21.-¿Qué es una enfermedad sexualmente transmisible).
- 22.-¿Qué enfermedades sexualmente transmisible conoces?
- 23.-¿Cómo se contrae el SIDA?

ANEXO 2

PROCEDIMIENTO DE LA PRIMERA SESION

La primera sesión se llevó a cabo los días 19 y 26 de enero de 1990 a las 16:00 horas, contando con una asistencia de 25 personas para el primer grupo (A) y de 18 para el grupo (B). En principio se planteó dividir el grupo en los subgrupos A y B, ya que se esperaba una asistencia de 50 adolescentes aproximadamente. Sin embargo esta asistencia fue sólo de 25 personas, quedando éstos en el grupo A, a pesar de ésto en el transcurso de la semana siguiente se inscribieron 18 personas más, con las cuales se formó el grupo B, que recibiera el mismo tratamiento.

En el momento en que los jóvenes entraron al salón, una de las psicólogas entregó el paquete individual, basándose en una lista con los nombres de los asistentes.

El tiempo se distribuyó de la siguiente manera:

10 minutos para la presentación de las psicólogas y la presentación del programa por la pasante.

10 minutos para distribuir los cuestionarios (Pre-test) y brindar las indicaciones para contestarlo.

25 minutos para contestar el cuestionario y entregarlo

20 minutos para dar instrucciones y realizar la dinámica denominada "*Canasta de Frutas*", la cual tuvo como objetivo la integración del grupo. Esta consistió en hacer un círculo con todo el grupo (incluyendo al exponente) dándoles el nombre de una de 5 frutas escogidas. Había una persona en medio del círculo la cual decía el nombre de una de las frutas y entonces los participantes que tenían ese nombre intercambiaban lugares, o bien se decía "*Canasta de Frutas*" y todos se movían de su lugar y el último que quedaba sin lugar ocupaba ahora el lugar de enmedio.

Al final de la dinámica, se comentó la experiencia grupal.

15 minutos para exponer la introducción a los temas a tratar posteriormente. Esta introducción fue hecha por la pasante en Psicología Elsa Verónica Álvarez Guzmán.

10 minutos para aclarar dudas respecto al tema expuesto.

PROCEDIMIENTO DE LA SEGUNDA SESION

Esta plática se brindó los días *26 de enero y 2 de febrero de 1990*, con una duración aproximada de 2 horas, iniciándose a partir de las 16:00 horas.

El tiempo fue distribuido de la siguiente manera:

Se brindó un lapso de 15 minutos para reunir a los participantes de esta plática. Al momento de entrada a cada participante se le dio una tarjeta con su nombre y otra tarjeta más pequeñas con un letrero del nombre de los colores ya fuera rojo o azul.

Se procedió a hacer la presentación de la coordinadora y se les invitó a participar en la dinámica "*Los nombres escritos*", cuyo objetivo era el fomentar la integración del grupo, así como el aprenderse los nombres de la mayoría de los participantes.

La dinámica consistió en poner a los jóvenes de pie y hacer un círculo, dividiendo a los jóvenes en dos grupos: "*los rojos y los azules*", grupos que estaban de acuerdo al color de tarjeta que traían al pecho. Se pidió a los jóvenes que cada uno dijera su nombre para que los demás pudieran memorizarlos.

El objetivo de la dinámica fue animar y ayudar a que se conocieran los integrantes.

Una vez terminada la dinámica se procedió a la exposición la cual duró 80 minutos aproximadamente.

PROCEDIMIENTO DE LA TERCERA SESION.

Esta plática se brindó el día 2 de marzo y 9 de febrero de 1990, con duración de 2 horas aproximadamente, iniciando a las 16:00 horas.

El tiempo se distribuyó de la siguiente manera.

Se utilizaron 5 minutos para presentar a la coordinadora y plantear el objetivo de la sesión.

Se procedió a dar las instrucciones para llevar a cabo una "*lluvia de ideas*" para lo cual se dividió al grupo en dos subgrupos. Cada uno de éstos debía aportar diferentes nombre de la forma en que son conocidos los órganos sexuales, relación sexual y sexo. Una vez hecho esto se procedió a discutir cual era la forma correcta de llamarlos.

Durante los siguientes 60 minutos se procedió a exponer el tema de anatomía y fisiología de los aparatos reproductivos femeninos y masculinos.

Las dudas fueron aclaradas durante los 15 minutos restantes.

PROCEDIMIENTO DE LA CUARTA SESION

Esta plática se brindó los días 9 y 16 de febrero de 1990 a las 16:00 horas, teniendo una duración de 2 horas aproximadamente.

El tiempo se distribuyo de la siguiente manera:

Se ocuparon 10 minutos para la presentación del tema y de la coordinadora e inmediatamente se comenzó la exposición del tema.

Una vez terminada la exposición se realizó la dinámica llamada "*Jurado 13*". El tiempo utilizado aquí fue de 50 minutos.

El procedimiento fue el siguiente:

Se explicó que la dinámica utiliza los roles que un jurado tradicional: el juez, el jurado, los testigos, el fiscal, el defensor y el acusado; teniendo que desarrollar una mecánica igual.

Se planteó la problemática en un "*acta de acusación*". Dicha problemática consistía en discutir la preferencia sexual del acusado.

El coordinador designó y entregó los cartones con los títulos de los que desempeñaron cada uno de los participantes.

- 1 Juez
- 2 Secretarios (uno para el Juez y otro para el Jurado)
- 8 Jurados
- 5 Testigos del Acusado
- 5 Testigos de la Defensa
- 1 Abogado
- 1 Fiscal.

Cada uno de los participantes discutieron y prepararon su participación en la dinámica, para llegar a un veredicto final. Así como también revisaron con detalle el "*acta de acusación*" una vez preparados se inicio el juicio.

El coordinador indicó al Juez que leyera el acta dando inicio a la dinámica y cada uno de los testigos vertieron, durante 3 minutos, sus opiniones sobre la preferencia sexual del acusado, el abogado, fiscal y juez, tuvieron 5 minutos para verter sus opiniones.

Al final se hizo un discusión de 10 minutos en la que llegaron a un veredicto.

PROCEDIMIENTO DE LA QUINTA SESION.

Esta plática se brindó con fecha 16 y 23 de febrero de 1990. Iniciándose a las 16:00. Teniendo una duración aproximada de 3 horas 30 minutos.

Se utilizaron 5 minutos para la presentación de la coordinadora y el tema.

El tema fue expuesto en los siguientes 60 minutos.

La dinámica realizada fue "*paso a pasito el uso del condón y el óvulo*", para esta se emplearon 18 tarjetas de papel ilustración, plumones y cintas adhesivas.

El primer paso que se siguió fue el de formar parejas entre los participantes, una vez hecho esto el coordinador se colocó un condón en el dedo de la mano para demostrar visualmente como se colocaría en el pene.

Se hizo notar la importancia de dejar un pequeño espacio en la punta para que así se deposite el semen. Se explicó la forma de utilizar el óvulo y se hizo hincapié en la importancia en la utilización de los métodos anticonceptivos y sobre todo del condón no sólo como medida preventiva del embarazo, sino también como medida preventiva de contagio en enfermedades sexualmente transmisibles.

La coordinadora formó equipos de 5 a 7 personas, los cuales acomodarían un total de 18 tarjetas tamaño carta en las cuales se escribieron con letras grandes cada uno de los pasos que se siguen para el uso del condón y el óvulo.

Las tarjetas que correspondían al uso del condón se organizaron y pegaron en el pizarrón en el siguiente orden.

- 1.-Eyaculación
- 2.Detenerse un momento
- 3.Excitación sexual.
- 4.-Penetración
- 5.-Pérdida de erección.
- 6.-Relajación.

- 7.-Sostener el condón por el borde
- 8.-Colocar el condón.
- 9.-Erección.
- 10.-Extracción del pene.

Los pasos a seguir en el uso del óvulo se ordenaron de la siguiente forma:

- 1.Detenerse
- 2.Excitación Sexual
- 3.-Esperar 15 minutos
- 4.-Eyaculación.
- 5.-Aplicación del óvulo
- 6.-Extracción del pene
- 7.-Evitar lavados vaginales durante 6 horas.
- 8.-Penetración del pene.

Una vez que cada equipo termino de ordenar la tarjetas se procedió a revisarlas en grupo y a exponer opiniones.

PROCEDIMIENTO DE LA SEXTA SESION

Esta plática se brindó el día 23 de febrero y el 2 de marzo de 1990. Iniciándose a las 16:00 horas. Teniendo una duración aproximada de 2 horas.

El tiempo se distribuyó de la siguiente manera:

Se utilizaron 2 minutos para dar la bienvenida a los participantes a las pláticas.

Se utilizaron 75 minutos para la dinámica, que fue la realización de un "sociodrama".

El tiempo de la dinámica se distribuyó de la siguiente manera:

15 minutos para dar instrucciones de la dinámica. Se procedió a seleccionar a 6 muchachos que representarían los papeles del sociodrama. En el primer grupo (A) la elección fue hecha de manera voluntaria, siendo 3 hombres y 3 mujeres. En el caso del segundo grupo (B), la elección fue realizada por parte de la coordinadora ya que ningún participante se propuso voluntariamente. La obra fue representada sólo por hombres ya que no asistió ninguna mujer. Se sacó del salón a los muchachos que representarían la obra, esto con la finalidad de explicarles el guión.

Los papeles y el guión fueron los siguientes:

SOCIODRAMA:

Nombre: *ABORTO*"

Personajes:

Novio: **Armando Panzas**

Novia: **Sacrificios Aflicción Penas**

Madre: **Angustias Penas**

Padre: **Agresivo Aflicción Pocas Pulgas**

Comadrona: **Doña Pelos Mata Lozano**

Amiga **Alcahuete Celestina**
Doctor: **Salvador Vendas Bisturi**

GUION

Primer Acto:

Escenario: ***Salida de la Escuela.***

Sale Sacrificios de la escuela secundaria y a la salida de ésta se encuentra con Armando, quien la espera. La invita a sentarse en el parque, donde él le pide una muestra de amor, esta muestra no es más que una relación sexual. Tiempo después de una larga discusión Angustias accede a tener relaciones sexuales con Armando.

Segundo Acto:

Escenario: ***Cocina de la casa de Sacrificios***

Se encuentra la madre de Sacrificios y ella, platicando acerca de que la vecina de enfrente parece estar embarazada y la corrieron de su casa y además menciona cuales son los síntomas que presenta la vecina, como vómito, mareas, etc. La madre le explica a Sacrificios que correrán a la muchacha advirtiéndole que si ella llegara a quedar embarazada no se lo perdonaría y también la correrían.

Tercer Acto:

Escenario: ***Escuela de Sacrificios***

Se encuentra Sacrificios platicando con Alcahueta acerca de que tuvo relaciones con Armando hace unos meses y que todavía no se le presenta la regla de este mes, lo que podría estar indicando que esta esperando un bebé. Alcahueta le comenta que no se preocupe pues conoce a una señora que le podría hacer el aborto por muy poco dinero.

Cuarto Acto:

Escenario: ***Casa de Armando***

Se encuentra Armando y Sacrificios, ella le pide que le ayude a hacerse el aborto, él le responde que sí pero después de esto no quiere volver a verla nunca más.

Quinto Acto:

Escenario: *Casa de la Comadroma*

Sale Doña Pelos preguntándoles a Armando y a Sacrificios que es lo que desean, él le explica que lo que han ido a buscar es que le hagan un aborto a la muchacha. Doña Pelos les dice que sí pero que les costará una cantidad. Ambos acceden y la comadroma hace pasar a Sacrificios a la habitación contigua, donde hay una mesa que esta cubierta por una sabana blanca la cual tiene una mancha de sangre en medio. (Aquí se utilizó un pañal con el dibujo de los órganos reproductores femeninos y se simuló un aborto. Después del aborto Armando le dice a Sacrificios que no la quiere volver a ver).

Sexto Acto:

Escenario: *Casa de Sacrificios*

Llega Sacrificios a su casa y al momento de entrar se empieza a quejar amargamente de un dolor de vientre, los padres le exigen les diga que le pasa, pero ella no responde. Inmediatamente se la llevan al hospital.

Séptimo Acto:

Escenario: *Sala de emergencias del hospital*

Se encuentran en el hospital, los padres de Sacrificios y ésta. pasan a Sacrificios a que el doctor la revise y le empieza a preguntar el motivo de ese dolor. Una vez que la termina de revisar le informa a Sacrificios que su estado es delicado ya que posiblemente tenga una perforación en el útero y quizá nunca pueda tener hijos. Por separado explica e informa a los padres lo ocurrido. Esto al ver a su hija le dicen que no la quieren volver a ver pues a deshonrado el nombre de la familia.

Se utilizaron 10 minutos para dar la retroalimentación, que los chicos expresarán cuales fueron los sentimientos y emociones experimentadas durante la representación. La coordinadora a su vez retomó esta información y la amplió, especificando, como estos sentimientos se llegan a presentar en el problema real, aún con mayor intensidad.

PROCEDIMIENTO DE LA SEPTIMA SESION

Esta plática se llevó a cabo los días 2 y 9 de marzo de 1990. Iniciando a las 16:30 con la finalidad de dar tiempo a que llegaran todos los participantes. Teniendo una duración de 2 horas aproximadamente.

Se utilizaron 10 minutos para la presentación de la coordinadora ante el grupo.

Se utilizaron 60 minutos para exponer el tema, en el cual se contemplaron la importancia de las *Enfermedades Sexualmente Transmisibles*, señalando de manera muy particular a cada una de ellas, incluyendo en éstas los aspectos físicos, psicológicos y sociales, haciendo hincapié en el SIDA.

Se utilizaron 30 minutos para la realización de la dinámica "*Adivinanzas*"

Lo primero que se hizo fue dividir azarosamente al grupo en dos equipos. que llevarían los nombres de Matasanos y Quitame la vida. (nombres que fueron asignados por la coordinadora). Se procedió a esconder, por todo el salón, tarjetas a las que previamente se anotaron algunos enunciados. Dichas tarjetas tenían que ser encontradas por cada uno de los equipos. Posteriormente se hizo el conteo de estas tarjetas ganando el equipo que llegó a encontrar más de estas y que las ubicó de acuerdo a la enfermedad.

Se utilizaron 10 minutos para las dudas y comentarios referentes al tema.

El tiempo restante se utilizó para organizar la clausura de las pláticas.

PROCEDIMIENTO DE LA OCTAVA SESION

Esta plática se llevó a cabo los días 9 y 16 de marzo. El grupo (A) tuvo una distribución de tiempo diferente al grupo (B). esto se debió a que se juntaron a ambos grupos para la clausura.

El tiempo del grupo (A) fue distribuido de la siguiente manera:

1:15 Hrs. para conclusiones de las Pláticas de Orientación Sexual. Cada una de las coordinadoras dieron sus conclusiones en base a los objetivos planteados en cada pláticas. (Las conclusiones de Aborto fueron dada por la Pasante en Psicología Laura Sanchez en sustitución de la Pasante en Psicología Verónica Alvarez, ya que ésta se quedo en la oficina, por ser requisito del jefe del Departamento).

5 minutos para la distribuir el cuestionario

10 minutos para responder el cuestionario.

2 minutos para recoger el cuestionario.

25 minutos para la organización del evento de clausura. Se coordinar la participación de cada uno de los integrantes en el evento de clausura que se realizó el siguiente viernes. (o sea el día 16 de marzo).

El tiempo del grupo (B) fue distribuido de la siguiente forma:

Se les cito a las 15:00, comenzando hasta las 15:45 debido a la impuntualidad de los participantes.

Se utilizo 1 hora para dar las conclusiones que en este caso fueron expuestas por la Pasante en Psicología Elsa Verónica Alvarez Guzmán. Dichas conclusiones fueron hechas en base a los objetivos planteados por cada una de las pláticas. (Esta plática fue dada por una coordinadora, ya que las demás se encontraban arreglando el evento de clausura).

5 minutos para distribuir los cuestionarios.

10 minutos para responder el cuestionario

2 minutos para recoger el cuestionario

Procedimiento del evento de clausura:

El evento de clausura, se llevó a cabo el día 16 de marzo. Se hizo la invitación de autoridades de la Dirección de Asistencia Jurídica, padres y familiares de los adolescentes, a quienes se les paso al auditorio de la escuela, donde se les hizo entrega de un diploma a cada uno de los participantes.

Una vez que se dio por terminado el evento de clausura. Se invitó a los asistentes a que participaran en las actividades recreativas previamente organizadas.

BIBLIOGRAFIA

AcKerman W. Natahan. *Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares.* Ed. Paidós. México, D.F. 1986

Alvarado, Mercedes G. *La Educación Sexual a lo Largo de la Infancia y la Adolescencia y sus Efectos en el Comportamiento Adulto.* ENEP Zaragoza, 1984.

Alvarez G., J.L. *La Condición Sexual del Mexicano.* Ed. Grijalbo. México, D.F., 1985.

Alvarez G., J.L. y Otros. *Sexoterapia Integral.* Ed. Manual Moderno. México, D.F., 1986.

Arévalo B., Leticia. *Aplicación de un Programa de Educación Sexual en la Formación Profesional del Psicólogo.* ENEP Zaragoza, 1985.

Azcárraga, Gustavo. *Guía para la Educación Sexual.* Ed. Prensa Mexicana. México, D.F., 1976.

Becerril, Jorge. *Análisis Histórico-Teórico de la Sexualidad y el Perfil Profesional del Psicólogo.* ENEP Zaragoza, 1985.

Brezinka, Wolfgang. *Psicología de la Educación.* Ed. Herder 1990. Barcelona España.

Broudy. M. *Filosofía de la Educación.* Ed. Limusa 1992.

Bethea, Doris. *Enfermería Materno-Infantil.* Ed. Interamericana. México, D.F., 1978.

Biblia. *Antiguo Testamento. Levítico, capítulo 12 versículo 2.* Ed. The Catholic Press, Chicago, Estados Unidos, 1956.

Bookmiller, M. *Enfermería Obstétrica.* Ed. Interamericana. México, 1978.

Burt, John y Brower, Linda. *Educación Sexual. Información y Planes de Enseñanza.* Ed. Interamericana. México, D.F., 1976.

Cabañas B., Fabián y Flores G., Aurora. *Importancia de la Educación Sexual en Adolescentes de Escuelas Secundarias en el Área de Influencia.* ENEP Zaragoza, 1986.

Carrera P. Manuel y otros. *Guía de los Métodos Anticonceptivos.* Ed. Tibidado Edicions, S.A. Barcelona, España. 1985.

CONAPO. *La Sexualidad Humana.* Ed. CONAPO. México, D.F., 1982.

CONAPO. *Planificación Familiar.* Ed. CONAPO. México, D.F., 1982.

Davison, G y Neal, J. *Psicología de la Conducta Anormal.* Ed. Limusa. México, 1980.

DIF. *Estudio Preliminar Descriptivo de las Causas que Incrementan el Número de Subempleados y Desempleados de la Ciudad de México.* Ed. DIF. México, 1988.

DIF. *Estudio Sobre el Perfil Social del Menor Infractor y el Menor de "Casa Hogar para Varones del DIF".* Ed. DIF. (Sin fecha).

DIF. *Informe que Rinde la Dirección de Asistencia Jurídica a la Oficialía Mayor para Integración de la Memoria Sexenal.* Ed. DIF. (Sin fecha).

DIF. *Tratamiento Social del Menor Infractor en el DIF. Programa de Libertad Vigilada.* Ed. DIF. (Sin fecha).

Ford, Clellan y Beach, Frank. *Conducta Sexual.* Barcelona, 1978.

Fragos, Patric. *El sexo en los Sentimientos de Inferioridad.* Ed. Cosmos. México, 1956.

Gantus, Jose. *EL Adolescente.* Ed. Diana. México, 1982.

Garza de la, Fidel y otros. *Adolescencia Marginal e Inhalantes.* Ed. Trillas. Monterrey, 1976.

Gómez Chuck, Esther y otros. *SIDA. ¿Qué Pasa en México?* (Sin editorial) México, 1989.

Grmex. *El Mundo Científico.* Barcelona. España, 1991.

- Guemez, José.** *Relación e Interdependencia de Psicología, Sexo y Sociedad.* Ed. Diana, México, 1960.
- Guyton, Artur.** *Embriología.* Ed. Interamericana. México, 19
- Hamilton, Nathan,** *Enfermería Materno Infantil,* interamericana, México 1978.
- Haumont, Claude.** *Evitar el Embarazo, ABC de la Anticoncepción.* Ed. Altaelena, Editores S.A. Madrid, 1980.
- Hidalgo, Mariana.** *La Vida Amorosa en el México Antiguo.* Ed. Diana. México. 1979.
- IMPI.** *Manual General de Organización.* Ed. IMPI. México, 1976.
- Kilander, H. Federick.** *Educación Sexual en Escuelas Primarias y Secundaria.* Ed. Paidós. 1973.
- Kilby M. Donald.** *Sexo Seguro. Educación Sexual, anticoncepción y enfermedades venéreas.* Ed. Interamericana. 1988.
- Larregue, M.** *Dermatología.* Ed. Masson. Barcelona, 1981.
- MacKary, James L.** *Sexualidad Humana.* Ed. Manual Moderno. México, D.F., 1985.
- Macy, Christofer y Falkner, Frank.** *Embarazo y Nacimiento.* Ed. Harla. México, 1980.
- Mancera G., Zita.** *Diagnóstico de la Población que se Atiende en el Departamento de Servicios Sociales.* Ed. DIF. México, 1989.
- Manisoff, Miriam.** *Planificación Familiar.* Ed. Interamericana. México, D.F., 1976.
- Masters, William y Johnson, Virginia.** *Respuesta Sexual Humana.* Ed. Interamericana. Buenos Aires, 1981.
- Miller, Mary.** *Enfermería Materno-Infantil.* Ed. Interamericana. Ed. Interamericana, México, 1987.

Mongtaner *El Mundo Científico*. Barcelona, España. 1985.

Monroy V. Anameli. *El Maestro y la Planificación Familiar*. Ed. Pax-México. México, 1981.

Monroy V. Anameli. *La Adolescencia*. Ed. Pax-México. México 1986.

Moor, L. *Embriología Básica*. Ed. Interamericana. México, 1990.

Noriega. *El Aborto*. Ed. Trillas, México, 1982

Olaiz, Gustavo. *SIDA. La Epidemia que a Todos Afecta*. Ed. Diana. México, D.F., 1988.

Olds, S. y London, M.L. *Enfermería Materno-Infantil. Un Concepto Integral Familiar*. Ed. Interamericana. México, 1987.

Ortiz, R. Talia. *Salud Pública y Educación para la Salud. Participación del Psicólogo como Profesional de la Salud*. E.N.E.P. Zaragoza, UNAM. México, 1989.

Papalia, Diane y Wendok, S. *Desarrollo Humano*. McGraw-Hill. México, D.F. 1988

Pick, Susan y Aguilar, José. *Planeando tu Vida*. Ed. Pax. México, D.F., 1989.

Pomeroy, Wardell. *Amor y Sexo en Ti*. Ed. Pax-México, 1982.

Quintanilla S., Efraín. *La Vida Sexual*. Ed. Everest. España, 1974.

Romero A., Lourdes y otros. *Prostitución y Drogas. Estadío Psicológico de la Prostitución en México y su Relación con la Farmacodependencia*. Ed. Trillas. México, 1982.

Rodney. *Dinámica de grupos*. Ed. Trillas, 1980,

Saavedra, M. Alfredo. *México en la Educación Sexual de 1860 a 1959*. Ed. Costa-Amic. México 1961.

Schiller, Patricia. *Acercamiento Creativo a la Educación Sexual y Orientación Sexual*. Ed. Diana. México 1978.

- Schofel, Michel.** *El Comportamiento Sexual de los Jóvenes.* Ed. Everest. Barcelona, 1976.
- Schwartz, Richard.** *El Aborto Séptico.* Ed. Ciencia Médica. Barcelona, 1969.
- Secretaría de Salud.** *Boletín Mensual.* Ed. CONASIDA. México, marzo de 1993, año 7 No 3.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. SIDA. Información Básica para el Personal de Salud.** Ed. Secretaría de Salud. México, D.F., Febrero 1990.
- Secretaría de Salud.** *Informe de Labores 1990-1991.* Ed. Secretaría de Salud. México, D.F., 1992.
- Semmens J.** *El Mundo del Adolescente.* Ed. Panamericana. México, D.F., 1973.
- Short, Arthur.** *Sexualidad Humana.* Ed. Prensa Médica. México, 1987.
- Taylor L., Donald.** *El Desarrollo Sexual Humano. Perspectivas de la Educación Sexual.* Ed. Edutex. México, D.F., 1973.
- Tiefer, Leonor.** *Sexualidad Humana. Sentimientos y Frustraciones.* Ed. Harper & Row Latinoamericana. 1980.
- Torok, David.** *Crítica Psicológica a los Mitos Sexuales.* Ed. Cuervo. Buenos Aires, Argentina, 1977.
- Tyler, Leona.** *La Función del Orientador.* Ed. Trillas. México, D.F., 1979.
- Watson H., Joelle y otros.** *Enfermería Ginecológica y Obstétrica.* Ed. Harla. México, 1984.
- Wilcorner, George.** *Tu y el Sexo para la Joven.* Ed. Pax-México. México, D.F., 1982