

01921
177 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Efecto de un taller de "Salud sexual y reproductiva" en el conocimiento y las actitudes hacia la sexualidad en la adolescencia.

TESIS

Que para obtener el grado de:

Licenciada en Psicología

PRESENTA:

Elizabeth Oliver García

Directora: Mtra. Ma. Cristina Heredia Ancona
Asesora: Lic. Eva María Esparza Meza



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la Facultad de Psicología por todo lo que me han brindado como persona y profesionalista; lo cual es invaluable y mi pago será el poner siempre en alto el nombre de mi casa de estudios.

A la Mtra. Cristina Heredia Ancona, que más allá de ser mi directora de tesis, estuvo conmigo en mis altas y bajas, apoyándome siempre y en todo momento, nunca olvidare sus palabras de aliento y sobre todo la confianza que depositó en mí, más que mi maestra y guía, fue mi amiga. Gracias maestra la quiero mucho.

A la Dra. Bertha Blum Grinberg y a la Mtra. Eva María Esparza Meza por haberme brindado la oportunidad de ser parte del "Proyecto de profesionalización y optimización de la enseñanza del psicólogo clínico", oportunidad de la cual hasta hoy sigo recogiendo los frutos, Gracias.

Al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" en especial a la clínica de la adolescencia, donde se me permitió llevar a cabo mis prácticas profesionales, mi servicio social y sobre todo la presente investigación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A la Psic. Elizabeth Rodríguez Almaraz por el apoyo y su amistad que me brindó durante mi trabajo de investigación dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil.

A mis sinodales Mtra. Fayne Esquivel Ancona, Lic. Juan Carlos Muñoz Bojalil y a la Lic. Yolanda Olguín García, por su tiempo y aportaciones.

A Eva y Gaby mis amigos de la Biblioteca de la facultad de Psicología por todo el apoyo que me brindaron para realizar mi tesis. Gracias.

Y sobre todo gracias a mis adolescentes maravillosos que me ayudaron con su valiosa presencia en el taller y sobre todo por sus enseñanzas, sin ellos nada de esto hubiera sido posible, los llevare siempre en mi mente y en mi corazón.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIAS

Especialmente a ti mamá ya que este sueño siempre los has compartido conmigo y la satisfacción de verlo hecho realidad es de las dos, gracias por todo tu apoyo que va más allá de lo económico, gracias por soportar mis crisis existenciales, mi mal humor, etc, en fin ,gracias por estar siempre conmigo, por ser mi amiga, por ser la mamá mas maravillosa del mundo y recuerda que este es sólo el inicio de muchas satisfacciones que me faltan por darte. Te quiero mucho mamá.

A mi, ya que le eche muchas ganas y todo mi corazón.

A ti mamá Tolita que aunque no estas conmigo físicamente siempre estas y estarás en mi corazón y en mi mente, sé que desde donde estés estarás orgullosa de este paso tan importante para mi. Te quiero mamá.

A ti "gatito" por estar siempre a mi lado brindándome tu apoyo incondicional, tu amor, tu compañía, tu ser, Gracias amor, por estar a mi lado y ser parte de mi vida y de este sueño.

A mi familia que a pesar de la distancia siempre están conmigo en las buenas y en las malas, por confiar en mí, los quiero mucho a todos. A mis tios: Arturo, Manuel Abraham, Lalo, Chato; a mis tías: Alma y Sof; a mis primas Pao, Yola y Jocelyne. En especial a usted tía Vicky por estar siempre al pendiente de mí, por ser mi segunda mamá, la quiero mucho.

A mis Cochis: Tetetukis, Denisita y Carmeluchis, que todo el tiempo estuvieron conmigo, compartiendo tristezas y alegrías, cada una a su modo pero todas igual de importantes, gracias por los regaños, los jalones de oreja, los bailes, los chistes, los cafecitos, etc. en si gracias por formar parte de mi vida, las quiero mucho. Pero sobre todo gracias por el más grande tesoro que pudieron haberme dado: S'U AMISTAD.

A ti Miguelito que estuviste ahí echándome porras y confiando en mí, gracias por ser mi Gran Amigo, Te quiero mucho y a ti Esther que a pesar de renegar

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

tu naturaleza cochinilla me has permitido conocer más cosas de ti y reconocer muchas más en mi.

A todos mis maravillosos amigos de la Prepa con quienes he ido creciendo y compartiendo sueños, temores, alegrías, en fin, gracias por su compañía en todos estos años, los quiero mucho a todos: Pelitos, Rodrigo, José, Alvarin, Roberto, Leito (ayayayay) y especialmente a ti "ratita" que más que mi amiga has sido mi hermanita, gracias por soportarme y ser mi incondicional, te quiero mucho.

A toda la pandilla de "Don Gato", gracias por permitirme ser parte de ustedes los quiero mucho: "Don Gato", Sra. Yeya, Anahí, Tía Alejandra, Lore, Biancachu, Alejandro, Tío Paco, Tullio "el agregado" y fox.

A Dany y Marce los quiero mucho.

Y a ti que sin saberlo siempre estuviste presente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

Resumen

Introducción

CAPITULO 1

ADOLESCENCIA

	Pag.
1.1 Adolescencia	1
1.2 Aspectos biológicos de la adolescencia	2
1.3 Aspectos psicosociales en la adolescencia	5
1.4 Los adolescentes en México	12

CAPITULO 2

LA PSICOSEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES

2.1 La psicosexualidad en los adolescentes	13
2.2 Enfoques actuales sobre el estudio del desarrollo psicosexual.	13
2.3 Desarrollo psicosexual del adolescente	17
2.3.1 Adolescencia temprana o primera fase(10 a 14 años)	18
2.3.2 Adolescencia tardía o segunda fase(15 a 19 años)	21

CAPITULO 3

SALUD SEXUAL Y EDUCACIÓN SEXUAL.

3.1 Salud sexual y educación sexual.	27
3.2 Educación y sexualidad	28
3.3 Educación de la sexualidad	31
3.3.1 Canales de sociabilización en sexualidad	31
3.3.2 Los objetivos de la educación de la sexualidad	35
3.3.3 La educación sexual en México	36

CAPITULO 4**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE**

4.1 Salud sexual y reproductiva de la población adolescente	39
4.2 Enfermedades sexualmente transmisibles	39
4.2.1 Como prevenir las EST en los adolescentes	50
4.3 El embarazo en la adolescencia	52
4.3.1 Frecuencia del embarazo adolescente	55
4.3.2 Características de la adolescente embarazada	57
4.3.3 Consecuencias del embarazo adolescente	58
4.3.4 El padre adolescente	67
4.4 El aborto en la adolescencia	70
4.4.1 Ventajas y desventajas de un aborto provocado	73
4.4.2 Aspectos de salud mental en el aborto	74

CAPITULO 5**ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA**

5.1 Anticoncepción en la adolescencia	76
5.2 Métodos anticonceptivos	78

CAPITULO 6**EL TALLER COMO UN INSTRUMENTO PARA LA REFLEXIÓN**

6.1 El taller como un instrumento para la reflexión	89
6.1.1 Tipos de taller	89
6.1.2 Objetivos de un taller	90
6.2 Elaboración de un programa de salud sexual y reproductiva	91
6.2.1 El conductor de grupos de adolescentes	92
6.2.2 Los grupos de adolescentes	94
6.2.3 Técnicas recomendables en el trabajo con grupos de adolescentes	95

CAPITULO 7

MÉTODO

7.1 Planteamiento del problema	102
7.2 Hipótesis conceptual	102
7.3 Hipótesis estadística	103
7.4 Variables	103
7.4.1 Definiciones conceptuales	103
7.4.2 Definiciones operacionales	104
7.5 Tipo de investigación	105
7.6 Diseño	105
7.7 Muestra	106
7.7.1 Muestreo	106
7.7.2 Criterios de inclusión	106
7.7.3 Criterios de eliminación	106
7.8 Instrumentos	107
7.9 Escenario	109
7.10 Procedimiento	109
7.11 Análisis de datos	112

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 8

RESULTADOS

8.1 Datos generales y familiares de la muestra	114
8.2 Información sobre actividad sexual, anticoncepción y riesgo de embarazo.	118
8.3 Comunicación con la pareja	127
8.4 Comunicación con los padres	130
8.5 Puntajes de información y escala de actitudes pretest y post-test	135
8.5.1 Analisis de la escala de actitudes.	137

CAPITULO 9

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

9.1 Discusión y conclusiones	165
9.2 Limitaciones y sugerencias	172

REFERENCIAS	175
--------------------	------------

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

En nuestro país como muchos otros en vías de desarrollo, es muy reciente el hecho de tomar en cuenta a los adolescentes como un grupo con necesidades y características propias, que por lo tanto requieren de un apoyo especial. La adolescencia está enmarcada por una serie de cambios físicos, cognitivos, sociales, emocionales y psicológicos que marcan el paso de transición de la infancia a la vida adulta.

De ahí la necesidad apremiante de tratar en forma integral el desarrollo biopsicosocial del adolescente, mediante un enfoque educativo, ayudándole a identificar, prevenir, disminuir o evitar todas aquellas actividades que puedan conducirle a conductas que influyen negativamente en su desarrollo psicosocial evitando por tanto una buena integración a la sociedad.

Antiguamente se esperaba que una adolescente se casara y tuviera la mayor cantidad de hijos posible, debido al gran índice de mortalidad que existía en aquellos tiempos en la población infantil, esto en la actualidad ha cambiado, tanto que ahora el hecho de encontrar embarazos durante el período de la adolescencia se considera un grave problema social, pero a pesar de que año tras año estos van en aumento la población en general no se ha involucrado participativamente, y a pesar de que existe información acerca del tema, ésta tampoco ha sido difundida de manera adecuada o bien se da en general desde un punto de vista sumamente biológico que difícilmente atrae la atención del adolescente.

De igual manera la presión social del núcleo de amigos y hasta de la familia (especialmente en varones) respecto al debut sexual, continua involucrándolos, la mayoría de las veces en situaciones de alto riesgo en lo

que se refiere al contagio de Enfermedades Sexualmente transmisibles, embarazos, SIDA , etc.

De ahí que en la actualidad la impartición de talleres o programas enfocados a la sexualidad en la adolescencia, sea cada vez más necesaria, ya que se ha encontrado que éstos, son bien recibidos por la población adolescente.

Mediante un taller el adolescente encuentra el lugar donde puede discutir, aclarar sus dudas, confrontar una serie de mitos y tabúes de valores, normas y sentimientos, con plena libertad y sin el temor a ser rechazados o juzgados, ya que todo esto se suscita en un ambiente completamente participativo y el diálogo es principalmente entre los mismos adolescentes. De este modo no sólo se estará involucrando el nivel cognoscitivo sino también el afectivo.

Desafortunadamente mucha de la información que obtienen los adolescentes es dada sólo de modo unidireccional es decir mediante folletos, películas, exposiciones, libros, etc. que sin duda son excelentes materiales didácticos, pero no bastan, de ahí la necesidad de complementarlos con diversas técnicas afectivo-participativas, que los involucren más. Dichas técnicas son una de las principales herramienta de un taller.

Mediante el trabajo que he realizado en el Hospital "Juan N. Navarro" dentro de la clínica de la adolescencia, tuve la oportunidad de observar que la sexualidad es un tema sumamente importante en esta etapa, los muchachos y muchachas están llenos de dudas e inquietudes, lamentablemente mucha de la información acerca de la sexualidad que manejan está deformada o bien simplemente es escasa. Desgraciadamente por lo general en casa no les hablan o se habla muy poco de temas relacionados con la sexualidad, en ocasiones por temor, vergüenza y porque no decirlo, también por ignorancia de los padres.

Debido a que las características generales de la población adolescente del Hospital (problemas familiares, deserción escolar, actividad sexual precoz, depresión, baja autoestima, necesidad de aceptación, rebeldía, etc.) pueden considerarse de alto riesgo para incurrir en conductas que los afecten, en el ámbito sexual y reproductivo, nace mi interés por llevar a cabo un Taller de "Salud Sexual y Reproductiva" en la adolescencia.

Considerando que mediante la participación de Instituciones de Salud y más una como el Hospital Psiquiátrico Infantil " Dr. Juan N. Navarro", donde los adolescentes son parte importante de la población total, creo es necesario crear un espacio para poder invitarlos a reflexionar y analizar sobre todas aquellas inquietudes relacionadas con su sexualidad, con lo que más adelante se esperaría, una disminución en las estadísticas de adolescentes embarazadas, contagiados de SIDA u otras Enfermedades Sexualmente Transmisibles.

Así que por qué no intentar preocuparnos por una educación integral, lo cual ayudaría a preparar a nuestros adolescentes para enfrentar los retos del día de mañana. Ya que el futuro de nuestra sociedad está en ellos.

RESUMEN

La presente investigación se llevo a cabo para observar cuál sería el efecto de un taller de "Salud sexual y reproductiva" en el conocimiento y las actitudes hacia la sexualidad en un grupo de adolescentes, donde el objetivo general era el comprobar la eficacia del taller. Se trabajó con una población de 16 adolescentes que acudían al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", cuyas edades oscilaban entre los 14 y 18 años, el muestreo fue propositivo, con sujetos voluntarios. El taller tuvo una duración de un mes y medio, constando de 8 sesiones (Anexo 1). Se trató de un diseño pre-post-test con un sólo grupo, se utilizaron dos instrumentos el primero fue la escala de actitudes hacia la sexualidad y actitudes hacia el SIDA elaborados y aplicados por Alfaro (1991); así como un segmento del cuestionario de Evaluación de Susan Pick de Weiss, et al (1995) que se encuentra en su libro "Planeando tu vida". (Ver Anexos 2 y 3). Al final de la investigación se observaron cambios estadísticamente significativos tanto en el nivel de información como en las actitudes de los adolescentes, lo que demostró la efectividad del taller.

CAPITULO 1

ADOLESCENCIA

1.1 Adolescencia.

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

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

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

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

Desde el punto de vista psicológico, está marcada por una percepción de un nuevo Yo que concluye al tener una clara diferenciación

del Yo para poderlo compartir con una pareja (consolidación de la identidad y capacidad para tener relaciones heterosexuales estables).

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

1.2 Aspectos biológicos de la adolescencia.

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

Junto con las modificaciones de los órganos de reproducción aparecen cambios en el resto del cuerpo, éstos a su vez, originan alteraciones en los intereses, las actitudes y la conducta del sujeto. El desarrollo físico continúa después de haberse alcanzado la madurez sexual, pero en forma cada vez más lenta y los cambios psicológicos y de conducta se hacen cada vez más pronunciados.

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

1. **Prepubescente:** Etapa inmadura en la cual suceden los cambios corporales y comienzan a desarrollarse las características sexuales secundarias o los rasgos físicos que distinguen a los dos sexos, pero en la que todavía no se ha desarrollado la función reproductora.
2. **Pubescente:** Etapa de maduración en la cual se producen las células sexuales en los órganos de reproducción, pero en la que aún no se han completado los cambios corporales.
3. **Pospubescente:** Etapa madura en la cual los órganos sexuales funcionan a la perfección, el cuerpo ha alcanzado la altura y las proporciones debidas a la perfección y las características sexuales secundarias están bien desarrolladas. (Hurlock, 1987).

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

La secreción de las glándulas endócrinas está estrechamente relacionada con un equilibrio muy delicado y complejo, cuya conservación es indispensable para el crecimiento y el funcionamiento normales. La hipófisis, se encarga de la producción de diferentes hormonas, entre las más importantes se cuentan la hormona del crecimiento, somatotropina y algunas hormonas secundarias; éstas últimas estimulan y regulan el funcionamiento de otras glándulas, como los testículos y ovarios, que son las glándulas sexuales.

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

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

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

Uno de los cambios más importantes del hombre es la presencia de la eyaculación, que indica que a partir de ese momento puede embarazar a una mujer si tiene contacto sexual con ella en el período fértil. La mayoría de los hombres tienen la capacidad de reproducirse durante toda su vida. (Aguilar y col., 1998).

En las mujeres el incipiente crecimiento de los senos suele ser, aunque no siempre, la primera señal de que se ha iniciado la pubertad. Al mismo tiempo se observa el crecimiento del útero y la vagina, así como un aumento en las dimensiones del clitoris y los labios genitales. La menarca (menarquía) que es la primera menstruación, posiblemente sea la señal más impresionante y simbólica del cambio. De igual modo que en los

hombres se observa el crecimiento y distribución del vello púbico (en forma de triángulo invertido), se redistribuye la grasa lo que provoca un redondeamiento de la figura, ensanchamiento de la pelvis, crecimiento de vello en las axilas y aumento en la secreción de las glándulas sebáceas.

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

1.3 Aspectos psicosociales en la adolescencia.

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

- ❖ La maduración cognoscitiva que es una capacidad que se va desarrollando para pensar de manera lógica, conceptual y futurista.
- ❖ El desarrollo psicosocial que refleja una mejor comprensión de uno mismo con relación a otros. (OPS, 1992, cit. en Monroy, 1994)

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

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

ETAPAS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOLÓGICO.

ETAPAS	INDEPENDENCIA	IDENTIDAD	IMAGEN
<p>Adolescencia temprana (10-13 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Menor interés en los padres. -Intensa amistad con adolescentes del mismo sexo. -Ponen a prueba a la autoridad. -Necesidad de privacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> -Aumentan habilidades cognitivas y el mundo de fantasía. -Estado de turbulencia. -Falta de control de los impulsos. -Metas vocacionales irreales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Preocupación por los cambios puberales. -Incertidumbre acerca de su apariencia.
<p>Adolescencia (14-16 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Periodo de máxima interrelación con los artes y del conflicto con los padres) -Aumento de la experimentación sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> -Conformidad con los valores de los pares. -Sentimiento de invulnerabilidad- -Conductas omnipotentes generadoras de riesgos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Preocupación por la apariencia. -Deseo de poseer un cuerpo más atractivo y fascinación por la moda.
<p>Adolescencia (17-19 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Emocionalmente próximo a los padres, a sus 	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo de un sistema de valores. 	<ul style="list-style-type: none"> -Aceptación de la imagen corporal.

Adolescencia (17-19 años)	valores. -las relaciones intimas son prioritarias. -El grupo de pares se torna menos importante.	-Metas vocacionales reales. -Identidad personal y social con capacidad de intimar.	
--------------------------------------	--	--	--

(OPS, 1992. cit. en Monroy, 1994)

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

Como parte del proceso psicológico por el cual atraviesa el adolescente existen ciertas manifestaciones observables, que se señalaran brevemente a continuación:

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

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

Dentro de esta búsqueda, se llega a percibir como única solución el buscar lo que Erikson ha llamado " una identidad negativa", basada en identificaciones con figuras negativas reales. Es preferible ser alguien

perverso, que no ser nada. También dice que este período de experimentación es una etapa donde los adolescentes ensayan diferentes roles, identidades, personalidades y formas de comportarse, con el fin de asegurar la necesidad interna e igualdad social que es el puente entre lo que el adolescente es y en lo que pronto se convertirá. Sin este período, el desarrollo de la identidad de los adolescentes puede retrasarse.

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

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

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

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

La intelectualización tendría por función ligar los fenómenos instintivos con contenidos ideativos, para hacerlos accesibles a la conciencia y fáciles de controlar. Se considera al ascetismo como un mecanismo de defensa característico del adolescente; ya que al temer más a la cantidad que a la

calidad de sus pulsiones, opta por establecer prohibiciones sumamente estrictas, que pueden extenderse a necesidades físicas cotidianas, evitar contacto con personas de su edad, música, bailes, indumentaria atractiva, etc. El ascetismo puede también cambiarse súbitamente por una entrega a excesos pulsionales sin restricciones (Freud, A. y col., 1972).

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

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

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

Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de conducta: La conducta del adolescente está dominada por la acción, que constituye la forma de expresión más típica en estos momentos de la vida, en que hasta el pensamiento necesita hacerse acción para ser controlado. El adolescente no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta, aunque muchas veces la intenta y la busca. Otro indicio de "normalidad", se observa en la labilidad de su organización defensiva.

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

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

"desgarro yoico", una depresión ligada a los sentimientos de culpabilidad por la pérdida.

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

1. Duelo ante la pérdida de la infancia (11 a 12 años aprox.) que incluye:
 - a) Duelo por la pérdida del cuerpo infantil y b) Duelo por la pérdida de los padres de la infancia.
2. Duelo por la pérdida del grupo de pares (15 a 16 años), que incluye:
 - a) Duelo por la pérdida de la grupalidad y b) Duelo por la referencia homosexual.
3. Duelo ante la pérdida de la libertad adolescente (22-24 años), que incluye:
 - a) Duelo por la pérdida de la libertad (pareja) y b) Duelo por la libertad corporal.
4. Duelo por la pérdida de la casa paterna, que incluye:
 - a) Duelo por la pérdida de la protección paterna y b) Duelo por la pérdida de la soltería.

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

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

El repliegue autista se manifiesta como sentimiento de soledad, frustración, desaliento y aburrimiento. Durante este repliegue, el adolescente se prepara para la acción y elabora constantemente sus vivencias y fracasos. Cuando el adolescente sumergido en la más profunda

desesperanza, logra superar y elaborara su duelo, puede proyectarse en una elación a veces desmedida. Si los intentos de la elaboración fallan, los cambios de humor pueden aparecer como microcrisis maniacodepresivas (Aberastury, 1989).

Durante la adolescencia no sólo se reedita la conflictiva edípica, sino que además se da un resurgimiento de tendencias pregenitales, fundamentalmente en la primera etapa. Según Ana Freud (1972), aunque en este periodo las tendencias genitales son predominantes, los intereses orales retornan a la superficie y pueden manifestarse en la aparición de impulsos agresivos, crueldad, aumento del hambre, voracidad y en el hecho de que los hábitos de limpieza cedan al placer de la suciedad y el desorden. Las formas reactivas desarrolladas antes de la adolescencia (asco, pudor, vergüenza, compasión) también amenazan derrumbarse, por lo que además de las tendencias exhibicionistas, pueden aparecer ocasionalmente la brutalidad y la crueldad a los animales.

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

La adolescencia, aunque no necesariamente es siempre un período de gran estrés, es como ya se describió, un tiempo de cambios físicos, de definición del rol sexual, momento en que aparecen cambios psicológicos en la persona al definir sus propios valores éticos, la búsqueda de la solución teórica de los problemas trascendentes y de aquellos a los que se verá enfrentado a corto plazo como el amor, la libertad, el matrimonio, la religión, etc., así como un interés de conocer la sexualidad, con todo lo cual se da la formación de la identidad, así como la maduración del individuo. (Aberastury, 1989).

1.4 Los adolescentes en México

En México, el censo de 1990 indica que el 12 % de la población total se encuentra entre los 10 y 14 años (10,175,510 adolescentes) y el 13 % entre 15 y 19 años (10,620,185 adolescentes). De estos, el 14% (3,390,498) de 10 a 14 y el 13% (3,136,675) de 15 a 19 años están en áreas rurales.

De los jóvenes entre 15 y 19 años el 49.7% de los varones y el 53.9% de las mujeres sólo estudian; el 31.8% de los varones y el 14.3% de las mujeres sólo trabajan; el 10% de los varones y el 4.5% de las mujeres trabajan y estudian, y el 8.5% de los varones y el 27% de las mujeres ni estudian ni trabajan (Monroy, 1994).

El 12% de las jóvenes de 15 a 19 años están casadas y el 6.3% en unión libre. El 4.4% de los varones están casados y el 2.3% están en unión libre. Es importante señalar que el 17.1% de las mujeres de 15 a 19 años de área rural están casadas, en comparación con el 9.9% de las de área urbana.

Con relación a la sexualidad adolescente la tasa de fecundidad del grupo de 15-19 años es de 132(10.1%) para 1970 y 1984, (11%) para 1986. En el grupo de 20 a 24 para 1970 es de 307(23.4%) y para 1986 es 202(36.5%). (Núñez y col, 1987). Todo esto nos permite observar que gran parte de nuestra población es de gente joven, lo que nos pide poner mayor atención a este sector que durante mucho tiempo vivió olvidado, para poder rescatarlo y darle las herramientas para un desarrollo integral, ya que en ellos está el futuro de nuestro país.

CAPITULO 2

LA PSICOSEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES

2.1 La psicosexualidad en los adolescentes

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

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

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

2.2 Enfoques actuales sobre el estudio del desarrollo psicosexual,

Así mismo, a través de observaciones de cachorros, niños pequeños, del estudio de otras culturas, de la investigación psiquiátrica (análisis de sueños, hipnosis, etc.), el razonamiento lógico y de algunos otros medios, son varios los enfoques que en la actualidad tratan de explicar el desarrollo psicosexual:

- ❖ El sociocultural
- ❖ El psicoanalítico
- ❖ El biológico

❖ El cognoscitivo

Brevemente se describirán algunos de los más importantes:

Interpretación biológica.- Esta teoría expresa que las conductas sexuales del individuo están programadas desde el nacimiento. Las observaciones de Konrad Lorenz apoyan tales ideas. Él hace notar que existe un periodo crítico, por ejemplo en el caso de los gansos, éstos siguen el primer objeto en movimiento que tienen a la vista, que por lo general es la madre y por lo tanto los gansitos la siguen a ella. De igual modo si este objeto fuera un humano o una pelota, también la seguirían.

Las personas que exponen la teoría biológica se basan más o menos en la naturaleza instintiva del impulso sexual. Lo comparan con necesidades básicas humanas como el comer o el beber, aun siendo que la necesidad sexual no puede ser considerada como primaria, pues si no se satisface el humano no muere.

Por lo que esto nos lleva a suponer que la conducta sexual humana tiene componentes genéticos y hormonales, los cuales se entremezclan con factores psicológicos y sociológicos que están en juego durante su ciclo de vida. (Monroy, 1990).

Interpretación psicoanalítica.- Freud, había elaborado la teoría de que la libido(energía sexual) era la fuerza operante en la neurosis; ya para 1900 la incluye en su teoría del instinto como uno de los dos grandes impulsos de la vida, que eran: el impulso de conservación y el impulso de reproducción (es decir, de conservación de la especie). Su primera teoría del instinto se apoyaba en la idea de que estas dos fuerzas dominaban la conducta humana, consideraba que el instinto de conservación no produce ningún problema neurótico, ya que su energía no puede acumularse como ocurre en el caso de la energía sexual o libido, de ahí que gran parte de sus escritos siguientes prestaran mayor atención en cuales eran los caminos que seguía el instinto sexual. (Freud, 1905)

A grandes rasgos la teoría psicoanalítica nos dice que el instinto sexual no aparece en forma terminada sino que tiene que pasar a través de un desarrollo complicado hasta llegar a lo que Freud llamó "Primacia genital".

Freud reconoció que las respuestas sexuales existían en los niños pequeños y dividió el desarrollo del individuo en periodos:

1. Etapa oral.- (Del nacimiento hasta los 18 meses aproximadamente) El primer órgano que suscita interés del niño es la boca, la cual le produce todo el placer, así mismo mediante ésta traba contacto con el primer objeto de la libido que es el pecho materno.
2. Etapa anal.- (De los 18 meses a los 3 años aproximadamente) En donde el interés del niño está alrededor de sus funciones excretoras pues tiene que aprender a controlarlas.
3. Etapa fálica.- (De los 3 a 5 o 6 años aproximadamente). Es cuando el niño se percata de su área genital y de que puede obtener placer al tocarla. Para Freud, este periodo es el de mayor importancia y es donde, los niños aprenden a no competir con sus padres por los favores sexuales de sus madres y las niñas a no competir con sus madres por los favores sexuales de sus padres. Denominando al deseo de los hijos por los padres "Complejo de Edipo".
4. Etapa de latencia.- Esta etapa se extiende desde que el Complejo de Edipo es superado a través de la identificación con el padre del mismo sexo, y según Freud la energía sexual ya no se centra en el propio cuerpo sino que encuentra una salida sublimada en otras actividades.

El estudio comparativo de otras culturas también ha demostrado que el periodo de latencia, en cuanto existe realmente, es un producto de nuestra civilización. Lo más probable es que no se presente por la desaprobación y la represión de los intereses sexuales del niño, sino porque en este periodo su mundo se

amplía considerablemente. Pero es dudoso que el interés del niño hacia sus órganos sexuales desaparezca por completo en este período, aun dentro de nuestra sociedad. (Thompson, 1995; Monroy, 1990)

5. Etapa genital.- Durante la pubertad empieza un segundo interés sexual caracterizado por un incremento de los impulsos sexuales. El cual continua a lo largo de la vida.

Usualmente, el niño pasa por un período en el manifiesta mayor atracción hacia personas de su mismo sexo, como paso previo a la heterosexualidad.

La pubertad es por tanto, el momento en que la excitabilidad sexual del cuerpo se concentra en los genitales.

Cabe mencionar que en la actualidad existen varias modificaciones a esta teoría, ya que nuevas investigaciones han aportado datos diferentes.

Interpretación sociocultural del desarrollo psicosexual.- Eric Erickson (1963) dice que las personas no desarrollan identidades sexuales en situaciones de soledad sino a través de interacciones con otras personas y en diferentes situaciones. Ya que al mismo tiempo que están encontrando su identidad sexual están desarrollando otros aspectos de su identidad social.

Los niños que aprenden a tener confianza, autonomía, iniciativa y laboriosidad al experimentar con diferentes roles, tratan de alcanzar autoconfianza en sus interacciones con los padres, adultos y pares. El desarrollo de estas características es crucial en el desarrollo de su sexualidad. Por ejemplo, los niños que crecen sintiendo autoconfianza en otros aspectos de su personalidad, también la desarrollan hacia su sexualidad, al igual los que son flexibles en otras áreas son más espontáneos en sus relaciones sexuales. (Erikson, 1963)

Interpretación cognoscitiva.- Este punto de vista está representado por su autor, Jean Piaget, quien indica que existe un continuo en el desarrollo cognoscitivo, que le permite al niño ir creciendo y comprendiendo el mundo que lo rodea. Piaget, consideraba que la inteligencia del niño pequeño es de tipo sensomotriz y ésta se va desarrollando hasta lograr un pensamiento, primero prelógico, después lógico y posteriormente a partir de la adolescencia, uno de tipo hipotético deductivo (abstracto); es decir, que el niño a través de sus sentidos y movimientos que emplea empieza a percibir su ambiente, después, lo hace en función de sí mismo (egocéntrico) y a través del juego simbólico construye nuevas realidades.(Freud, A. Y col., 1972)

Posteriormente, inicia una percepción subjetiva de los hechos cuando aparece la palabra, donde nada es casual, asimismo, hasta que la percepción domina. Así logra consolidar el pensamiento lógico-concreto que se desarrolla con la adquisición de los conceptos de conservación, causalidad, tiempo, frecuencia y espacio, a partir de los 7 años aproximadamente. El punto óptimo del desarrollo cognoscitivo del individuo es cuando logra el pensamiento hipotético deductivo que perdurará y afinará a lo largo de toda su vida.

Asociando esto con la sexualidad, se logra explicar por qué el niño elabora sus propias teorías sobre el nacimiento, la formación de parejas o por qué el(la) chico(a) cuestiona, prueba y tiende a desarrollar su propia escala de valores durante la adolescencia.

Como podemos darnos cuenta, la complejidad del ser humano difícilmente puede explicarse en una sola teoría a pesar de que resuelva parcialmente las dudas de algunos eventos de la vida. A partir de lo antes mencionado se describirán los aspectos más importantes del desarrollo psicosexual.

2.3 Desarrollo Psicosexual del Adolescente

La maduración sexual y reproductiva es el tópico más sensible en la transición de la niñez a la adolescencia y potencialmente la más

problemática. Muchos adultos no saben como comportarse frente a la sexualidad del adolescente y mucho menos manejarla.

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

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

2.3.1 Adolescencia temprana o primera fase(10 a 14 años)

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

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

conocerse así mism@s en la propia respuesta sexual, luego podrán compartir y disfrutar más de sus relaciones futuras y reales.

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

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

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

acompañan son genitales, reactiven los antiguos miedos a la castración. (Alsteen, 1970)

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

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

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

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

Estas amistades suelen ser exclusivas, fervorosas, celosas y se parecen al amor, al que preceden, sobre todo en las chicas. Y como en el amor, se ven invadidas de tempestades, rupturas, perdones y reconciliaciones. La traición de un amigo(a) íntimo puede suponer para

un adolescente una experiencia sumamente dolorosa, no sólo por su necesidad intensa de amor, sino porque se pone en juego su valor mismo. (Moraleda, 1992)

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

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

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

2.3.2 Adolescencia Tardía o Segunda Fase (15 a 19 años)

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

Los(as) adolescentes buscan la mutua compañía para procurarse apoyo y guía, pero no tardan mucho en captar que los miembros del grupo al que pertenecen o desean pertenecer, tienen aspiraciones, controles sociales y normas de conducta diferentes a las propias. Es ahí cuando aparecen las presiones del grupo, donde se pondrá en juego los valores y normas personales, así como su capacidad para tomar decisiones adecuadas, ya que bien puede encontrarse en un grupo donde el código de conducta sexual, sea muy conservador y aquel que no lo acate, cargará con una terrible "reputación" que podría marcar su vida futura (esto principalmente en las mujeres). O bien por el

contrario pueden existir grupos donde la iniciación sexual sea motivo de prestigio y los que no se ajusten a dicha condición, serán los anticuados y puritanos. Todas estas circunstancias provocan en muchos jóvenes, el que hagan cosas de las cuales no están totalmente convencidos, sólo con el fin de sentirse parte de "algo".

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

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

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

- La fase de idealización/ romanticismo
- La fase heterosexualidad en grupo(flirteo o coqueteo)
- La fase de enamoramiento.
- Fase de noviazgo.

Fase de idealización-romanticismo

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

En la idealización, el deseo de establecer contactos de naturaleza heterosexual existe, pero antes de llevarlos a cabo dentro

del grupo de pares, éstos sólo ocurren en la fantasía. El fantasear las relaciones sexuales supone para el(la) adolescente un entrenamiento del rol que ejercerá en la realidad.

Generalmente la persona hacia la que vuelcan sus fantasías suele ser mayor (maestros, amigos de los hermanos mayores, actores, etc). En sí se trata de amores platónicos, cuyas fotografías cubren las paredes, los cuadernos y monopolizan las pláticas entre amigos del mismo sexo. La intensificación del deseo que suponen estas fantasías de relaciones con personas tan distantes se resuelve la mayoría de las veces mediante la masturbación.

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

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

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

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

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

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

Fase del enamoramiento

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

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

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

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

La atracción sexual en estos primeros encuentros es diferente entre sexos, por ejemplo la precocidad en el inicio de las relaciones

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

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

Fase del noviazgo

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

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

adecuadas y por ende prevenir diferentes problemáticas (embarazos no deseados, Enfermedades de transmisión sexual, etc.)

CAPITULO 3

SALUD SEXUAL Y EDUCACIÓN SEXUAL

3.1 Salud sexual y educación sexual

La promoción de la salud en el adolescente es un tópico que ha ganado importancia en los últimos años, por diferentes razones, entre ellas el entorno cambiante en el que se desarrollan y como éste impacta en su salud a corto y largo plazo.

La salud de los adolescentes depende especialmente de su propio comportamiento, por lo que resulta alarmante el incremento de relaciones sexuales sin protección, que trae como consecuencia embarazos tempranos, abortos mal practicados y mayor riesgo de contraer infecciones tales como el SIDA (Friedman, 1994).

Pero como se decía anteriormente, aunque gran parte de la salud de los adolescentes dependa de su comportamiento no debemos omitir otros factores como: la familia, medios de comunicación masiva, amigos y otros adultos con los que interactúan. Muchos adolescentes se abstienen de pedir ayuda debido al temor de no saber como serán recibidas sus inquietudes, lo cual se aúna a ciertas deficiencias dentro del Sector Salud como de la sociedad misma, entre ellas:

1. Falta de entrenamiento para trabajadores de la salud, en relación al entendimiento de la sexualidad y de habilidades interpersonales de comunicación con adolescentes.
2. Carencia de servicios que contemplen las necesidades especiales de los adolescentes, como son: bajos costos, horas de atención accesibles, absoluta confidencialidad y privacidad.
3. Por parte de los adolescentes se observa gran desconocimiento sobre su sexualidad y de las consecuencias de comportamientos riesgosos. De igual modo la escasa difusión de los servicios que existen para ellos y como pueden usarlos.

En la declaración de los Derechos Humanos promulgados en Ginebra, Suiza en 1948 se habla de que todo ser humano (sin importar edad, raza, religión, condición socioeconómica y otras características) tiene derecho a su integridad física, psicológica y social, o sea, a la salud y que la comunidad social tiene obligación de proveerle todos los elementos básicos que coadyuvan a ello. (Monroy, 1994).

Sin embargo, para poder ejercer este derecho, el ser humano debe contar con la información necesaria que le permitirá conservar su salud y buscar tratamientos a su enfermedad pues sólo el conocimiento veraz y oportuno le brindará la libertad de poder decidir entre las diversas opciones que se le vayan presentando en su vida.

Dentro del contexto general de salud se encuentran los aspectos sexuales y reproductivos. Al respecto la Organización Mundial de la Salud dice que la salud sexual es " la integración del ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación, de dar y recibir amor." (Monroy, 1994)

Por lo que dentro del margen de la educación para la salud, los profesionales deben de hablar de todos los cuidados que requiere el ser humano para crecer y conservarse sano sexualmente así como para reproducirse de acuerdo con las normas de salud individual y colectiva.

3.2 Educación y sexualidad.

Es común que se dé por "educada" a una persona cuyo comportamiento se "ajusta" a lo que la familia y la sociedad aceptan; y una "no educada" quien no se comporta de acuerdo a los cánones establecidos en el grupo social al que pertenece. Pero educación no es sólo eso, por lo que para explicar dicho término habrá que partir del sentido y valor que encierra el concepto en general "Como proceso

humano y social, como acción realizada en el medio ambiente y a través de él, sobre los hombres a lo largo de toda su vida" (López, 1994)

Tratando de definir el término educación, se hace necesario establecer la diferencia entre educación e instrucción ya que a lo largo del tiempo son términos manejados como sinónimos sin que en su esencia realmente lo sean. Por lo que Educación "es la totalidad de las experiencias que durante la vida de una persona producen en ella cambios de conducta, independientemente de que estos cambios sean o no observables o mensurables e independientemente de que esas experiencias sean o no planificadas" (Monroy, A., Guadarrama, N. y Torres, L., 1996)

La instrucción podría definirse como la administración de una secuencia de eventos para producir deliberadamente aprendizaje determinado. De lo anterior se infiere que la instrucción forma parte de la educación y es el resultado de una acción deliberada para producir aprendizaje de una forma no causal y sí preestablecida.

A partir de esto antes de intentar vincular la educación y la sexualidad será necesario analizar el término sexualidad.

Cuando hablamos de Sexualidad nos referimos a todas aquellas características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o mujeres. Es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; es un elemento básico de la feminidad o masculinidad, de la autoimagen la autoconciencia, del desarrollo personal. Es parte del deseo para la satisfacción personal. Estimula las necesidades de establecer relaciones interpersonales significativas con otros.

A la base biológica de la sexualidad se le denomina sexo biológico, que es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que nos diferencian a los seres vivos en femenino y masculino para propiciar la reproducción.

Una vez determinado el sexo cromosómico (XX o XY), el gónadal (ovarios o testículos) y el genital (se realiza la diferenciación del pene); nace el niño, con sus órganos sexuales diferenciados, se le da un sexo de asignación, de acuerdo con la conformación de sus genitales externos. El simple hecho de que el médico o quien atienda el parto indique es "hombre" o "mujer" va a establecer expectativas de la familia y especialmente, de la sociedad en cuanto al futuro rol sexual del recién nacido y es así como se establece el sexo social (nombre, tipo de ropa, etc.). A partir de este momento los estímulos ambientales que lo rodean, especialmente centrados en la familia, van a empezar a moldear su conducta hacia un comportamiento de tipo femenino o masculino de acuerdo a su grupo social, determinando así el sexo psicológico y su expresión social (se sentirá hombre o mujer y actuará de acuerdo a ello). Si el sexo biológico coincide con el social y psicológico se puede decir que se logra una adecuada *identidad sexual*.

La identidad sexual es el aspecto psicológico de la sexualidad y comprende tres elementos indivisibles: la identidad de género, el rol de género y la orientación.

Así la identidad de género es el sentirse hombre o mujer y manifestarlo externamente a través del rol de género, que es todo lo que la persona hace o dice para indicar a otros y/o así mismo, el grado en que se es hombre o mujer (inclusive ambivalente). La orientación sexual se refiere a la atracción, gusto o preferencia de la persona para elegir compañero sexual.

De igual modo la cultura moldea el comportamiento de los miembros de la sociedad con la finalidad de lograr la convivencia social. Este moldeamiento incluye los patrones de la conducta sexual pues es necesario para la interacción social. En cada persona dependiendo de su historia psicológica, el contexto tiene diferentes efectos y ésta a su vez, se ha formado internamente en el interjuego con el exterior. (Monroy y col., 1994).

3.3 Educación de la sexualidad

Como se vio anteriormente, el sexo biológico del ser humano se define en el momento de su concepción y el desarrollo de su sexualidad se inicia desde su más temprana edad, a partir del nacimiento. (Monroy y col., 1996)

Si la formación de la sexualidad comienza con el nacimiento, a este proceso paulatino, diario, continuo e ineludible se le denomina educación de la sexualidad. Este proceso puede darse tanto de modo formal o informal.

INFORMAL: Es el proceso por el cual se enseña y aprende acerca del sexo y la sexualidad, sin que se planee o dirija en forma consciente, por ejemplo, de cómo los adultos ven y viven la propia sexualidad y la de los que lo rodean (trato a los hijos, reacciones paternales ante la curiosidad sexual y conductas infantiles, etc.)

FORMAL: Se define como la planeación de los procesos de aprendizaje, directa o indirectamente, relacionados con el patrón de conductas y experiencias sexuales y con el patrón del sistema de valores relativo a la sexualidad (clases, pláticas, conferencias, libros, películas con información sexual dirigida y sistematizada).

Desgraciadamente se presta mayor atención a la información planeada sin darnos cuenta que se ignora la que se proporciona de manera constante a través de los mensajes no verbales. La cual puede llegar por diversos canales.

3.3.1 Canales de Sociabilización en Sexualidad.

La sociabilización siempre se realiza en contextos sociales e históricos determinados; la sexualidad abarca todos los aspectos de la persona, los cuales se manifiestan a través de la cultura existente, así cualquier cambio que se opere en el sistema social, tiene sus efectos en el sistema de valores del grupo.

Los canales de mayor influencia en el proceso de sociabilización son:

- a) **La familia.-** Es el primer grupo al que se pertenece y del que se adquieren valores básicos acerca del sexo y la sexualidad. Es en el núcleo familiar en donde se aprende que es lo bueno, lo malo, lo socialmente aceptable, lo permitido, así como los roles sexuales, los patrones culturales, etc. La vida familiar refleja en mayor o menos grado los conceptos de la sociedad.
- b) **La escuela.-** El niñ@ recibe múltiples influjos a través de la enseñanza de diversas materias y de la forma de comportamiento de los maestros y compañeros. Si la escuela es mixta o no, la forma de abordar o no, los temas sexuales en clase o fuera de ella; van forjando en los alumnos modelos y normas de conducta sexual, o bien les permite o restringe ir aplicando aquello que aprendieron durante los primeros años dentro del medio familiar. Cuando la escuela y la familia no van de común acuerdo en sus metas y conceptos existe incongruencia en los mensajes que el niñ@ recibe, lo que provoca situaciones conflictivas motivadas por la contradicción que percibe.
- c) **Los grupos de amigos.-** Conceptos de lo que significa ser hombre o mujer, del ideal trato de la pareja, el significado de la madurez, son aprendidos a través de los grupos de amigos. Por lo general todas aquellas dudas que los adolescentes no se atreven a preguntar a sus padres o maestros, con frecuencia son comentadas con los amigos o bien copian las costumbres que observan en otros de su edad como parte de su proceso de identidad.
- d) **La religión.-** Toda sociedad vive ciertos valores religiosos que tienen gran influencia en la conducta. En México la población es predominantemente católica, en donde las normas y valores que rigen esta orientación religiosa, son ejercidos con mucha rigidez: la masturbación, el uso del condón, las relaciones sexuales

prematrimoniales, etc. Todo esto marcará la forma en la que cada individuo vive su sexualidad (temor, culpa, naturalmente, etc).

- e) **Los medios de comunicación masiva.**- El uso generalizado de la radio, la televisión, el cine, los impresos, es una de las características de la sociedad actual, hecho que hace que la información se difunda rápidamente a grandes núcleos humanos y que ésta sea recibida de un modo indiscriminado por hombres y mujeres de todas las edades, creando así modelos que no corresponden a nuestra realidad sociocultural.
- f) **Profesionales de la salud y la educación.**- El sector salud puede tener una gran influencia coordinando acciones de educación de la sexualidad con otros sectores y en los diferentes niveles de promoción y prevención. Pero sin lugar a duda es el sector educativo quien más influencia puede tener en este campo.
- g) **La legislación.**- Las leyes definen y sancionan ciertas conductas relacionadas con la sexualidad, al grado de imponer castigos a quienes no actúan de tal o cual modo. Así en nuestra legislación está claramente sancionado el aborto (lo cual se está modificando actualmente), la violación, las relaciones extramaritales, etc. Las leyes pueden volverse obsoletas y no corresponder a la realidad histórica, por lo que aunque deben tener una función educativa, también pueden resultar un obstáculo. (Monroy, 1997)

Lo anterior, nos lleva a reflexionar sobre la gran necesidad de tener una adecuada educación de la sexualidad en toda sociedad, aceptando que la sexualidad es algo inherente a nuestra condición humana y que no podemos dejarla de lado, por el contrario más vale sistematizarla, analizarla y planearla.

Son muchos los problemas ocasionados por una educación inadecuada de la sexualidad y el conocerlos, muchas veces

contribuye a tomar la decisión de desempeñar esta labor responsablemente.

Muchas personas consideran que la educación de la sexualidad consiste en informar al niño o al adolescente, la parte puramente biológica, como se origina la vida, qué es la menstruación; o bien que este tipo de educación se destina principalmente a controlar el comportamiento de los adolescentes.

En la actualidad conforme nuestra sociedad se aproxima hacia una actitud más positiva de la sexualidad, la educación sexual es considerada desde un punto de vista mucho más amplio y como uno de los medios que ayuda al individuo a desarrollar su potencial creativo como ser humano. El objetivo de la educación de la sexualidad en niños y adolescentes es el de poder construir bases firmes para que el individuo pueda funcionar eficazmente, a lo largo de su vida como hombre y mujer.

Para lograr lo anterior, dicha educación debe constar de dos aspectos básicos que son:

- a) Formación
- b) Información.

En el primero, que es el que básicamente corresponde al hogar, se incluyen todas aquellas actitudes, normas y valores acerca del sexo que contribuyen al propio bien y al de la sociedad en que se vive

La segunda se refiere a toda la información que se proporciona acerca de la sexualidad, tanto de modo informal o formal.

La educación de la sexualidad debe tender a crear responsabilidad humana para que el individuo desarrolle al máximo sus capacidades, logrando salud y bienestar. Así como debe proveer información para desarrollar el entendimiento de las relaciones humanas en sus aspectos físico, mental, emocional, social, económico y psicológico; formar parte de la educación integral del individuo e incluir más que una formación anatómica y fisiológica, pues debe

enfatar el desarrollo de las actitudes positivas y servir de guía entre las relaciones de los sexos.

La Educación de la sexualidad debe ser científica y racionalmente planeada; formativa e informativa y estar basada en el desarrollo psicosexual del individuo. Como proceso de asimilación de significados y de valores socioculturales, debe ser progresiva, llevada a cabo en acción conjunta por padres, los profesionales de la salud y la educación. (Monroy, 1997)

3.3.2 Los objetivos de la Educación de la Sexualidad.

En la Educación integral es preciso establecer metas, las cuales respeten la propia personalidad del individuo. De ahí que la finalidad de la educación de la sexualidad, sea educar al individuo (dígase niños, adolescentes o adulto) para ayudarlo a realizarse en plenitud como ser humano sexual responsable de la búsqueda y expresión del placer sexual así como de su función reproductiva. (Monroy, 1997)

Los objetivos de la educación sexual están encaminados a que el individuo:

CONOZCA Y COMPRENDA

- ❖ La naturaleza de los procesos físicos y mentales relacionados con la sexualidad.
- ❖ Su papel femenino o masculino
- ❖ Su compromiso con la sociedad.

APRENDA

- ❖ Que la sexualidad puede vivirse en forma creadora, unificando los criterios de libertad, responsabilidad, respeto y placer.

CULTIVE

- ❖ Valores, normas y patrones de conducta que sean rígidos para permitir el orden y flexibles para dar cabida al cambio de acuerdo con el contexto en el que se encuentre.

ESTÉ CONSCIENTE

- ❖ De los obstáculos a los que se va a enfrentar en un mundo en el que los tabúes, mitos y falacias en sexualidad, están muy presentes.

REFLEXIONE

- ❖ Buscando alternativas y abriéndose campo a pesar de las restricciones, ampliando sus límites.

3.3.3 La Educación Sexual en México

A cada época y a cada cultura corresponde una forma de conocer y de entender el mundo y la vida; los planteamientos generacionales como acción que decide la vida de los demás, no han satisfecho por qué hasta ahora se generan herencias culturales que obstaculizan el goce y la satisfacción plena de la vida sexual en el individuo y en la familia. Es urgente que se propicien e impulsen cambios valorativos y normativos en esta sociedad, sobre todo en la generación adulta que decide, con criterios muy discutibles, la formación de nuevas generaciones.

La educación de la sexualidad que se ha dado en la familia y en la sociedad mexicanas, se ha caracterizado por ser producto de la influencia de dogmas, mitos, tabúes y demás controles del comportamiento sexual propio del rigorismo autoritario de los adultos en general, que representan a una sociedad impositiva y tradicionalista cuyos valores, normas, creencias, conocimientos y actitudes, continúan imperando en la formación de las generaciones de niños y adolescentes, no obstante que el modernismo que envuelve esta época plantea la necesidad imperiosa y urgente de la innovación y el cambio en la estructura social y en las pautas instituidas, que en gran medida son las responsables de la educación de nuestra población.

Es de esperarse que en esta tendencia a la innovación de la sociedad y al cambio en la forma de concebir el mundo y la vida, el

obstáculo a vencer está en el adulto, porque su formación responde a influencias que han dejado su huella permanente en su carácter que decide y orienta todas sus actividades.

Es por lo tanto explicable que los padres de familia se sientan con el derecho a decidir sobre la formación de sus hijos, sin tomar en cuenta las necesidades e intereses propios de cada edad, prevaleciendo sólo el derecho y la autoridad que les asiste como adultos responsables de la educación de las nuevas generaciones.

En estas circunstancias se ha venido decidiendo sobre la educación sexual de la familia y de los grupos sociales que estructuran la organización de nuestras comunidades, en virtud de lo cual se consideró propio fundamentar la necesidad de impulsar la educación de la población, como una parte de la estrategia general del desarrollo integral del país, al señalar como justificación de esta actividad educativa que debido a las condiciones históricas que han hecho de la sexualidad una parte ajena al individuo mismo y un elemento reprobado por la sociedad, México padece actualmente las consecuencias de una gran ignorancia en el área sexual así como de actitudes profundamente negativas cimentadas en el mito y el tabú.

Entre estas consecuencias tenemos desintegración familiar, roles sexuales estereotipados, pasividad femenina, conducta reproductiva irresponsable y/o a temprana edad, abortos, embarazo adolescente, entre otros que contribuyen a la desintegración del bienestar social.

La sociedad mexicana ha sufrido los efectos indeseables de esta concepción de la sexualidad, pero ha empezado a tomar conciencia de que es urgente incorporar su conocimiento a los objetivos de la educación nacional.

En la sociedad actual empiezan a darse cambios importantes en cuanto a actitudes para propiciar una vida sexual sana e integral. Podemos decir que ya se abordaron estos temas públicamente y no se han dado reacciones o protestas en contra, y si en cambio se solicita información científica respecto, tanto para adultos, profesionales de la

salud, niños y adolescentes principalmente, ya que aún tienen la presión de la familia, la escuela y la sociedad; que les prohíbe un comportamiento sexual no aceptado por el adulto, que aún lo ve con prejuicio.

Sistematizar una acción educativa en la sexualidad, nos podrá conducir a una comprensión adecuada de la conducta y del proceder del individuo desde que nace, para que con respeto se favorezca el desarrollo integral de su personalidad, con el propósito de que se obtenga el beneficio que representa la libertad, para el ejercicio del derecho a vivir en la forma que permita realizarse plenamente y así contribuir con el bienestar social. (López, 1994)

CAPITULO 4

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

4.1 Salud Sexual y Reproductiva de la Población Adolescente

Las fuertes fluctuaciones en las condiciones sociales, que actualmente vive la población adolescente, ponen en mayor riesgo su desarrollo y su salud, lo que a su vez permite observar nuevas necesidades y demandas en dicha población, que en el pasado no se tomaban en cuenta.

Los servicios de salud reproductiva existentes han pasado por alto gran parte de las necesidades de los adolescentes en esta esfera. El embarazo a edad temprana sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer en todas partes del mundo. La maternidad a edad temprana entraña un riesgo de muerte materna muy superior a la media. Para las mujeres adolescentes en general, la maternidad les limita en alto grado sus oportunidades de educación y empleo. (INEGI, 1999)

En el sector salud existen programas diseñados especialmente para la población joven del país, con el objetivo de prevenir los embarazos no planeado y/o no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y enfatizar el uso adecuado de los métodos de anticoncepción. Pero a pesar de que se han observado diferencias en las estadísticas, es una tarea muy larga aún. A continuación se tratará más a fondo algunos de los problemas en salud sexual y reproductiva que se presentan en los(as) adolescentes.

4.2 Enfermedades Sexualmente Transmisibles

Las enfermedades de transmisión sexual(ETS) empiezan a presentarse de manera progresiva en los adolescentes y en los jóvenes a medida que, en su tránsito hacia la edad adulta, tienen relaciones sexuales de tipo coital. Las ETS afectan a personas de cualquier edad,

incluyendo recién nacidos, quienes pueden infectarse in-útero o al atravesar el canal del parto. En tales casos se trata de una transmisión pasiva.

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

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

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

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

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

- ❖ Irritación o molestias en el área genital.
- ❖ Dolor al orinar
- ❖ Orina con color oscuro.
- ❖ Secreción amarillenta o verdosa por la vagina o el pene.
- ❖ Comezón excesiva o ronchas en la región genital.
- ❖ Cólicos o molestias abdominales.

- ❖ Fiebre acompañado de un estado de salud enfermizo.
- ❖ Lesiones en la piel o en la región, que aparecen y desaparecen continuamente.

Otro problema importante es el hecho de que las personas infectadas acuden frecuentemente o en primera instancia a tratamientos no profesionales o empíricos que son sólo tratamientos incompletos que no permiten establecer un diagnóstico correcto debido a estas prácticas, las ETS aparecen notablemente subregistradas en las estadísticas de los sistemas de salud lo que no permite tener una idea clara del número real de casos.

Ahora bien, las ETS adquieren importancia capital cuando de adolescentes se trata, ya que es en esta etapa cuando se presentan con mayor frecuencia. En América Latina, al igual que en el resto de los países del mundo, se sabe que existen hoy más ETS que hace 15 o 20 años. El fenómeno obedece no sólo a un mejor registro estadístico o a que existen mejores medios de diagnóstico o de tratamiento que en el pasado; se sabe que el incremento en la incidencia anual se está produciendo a expensas de los adolescentes que han iniciado su vida sexual. (Rizo, 1989)

De acuerdo a la encuesta Gente Joven 99 de MEXFAM se puede decir que la frecuencia con la que se ha presentado algunos síntomas, por ejemplo, el flujo vaginal se ha presentado en una de cada 4 adolescentes mujeres; el mismo porcentaje se observó en los varones que refirieron haber tenido escurrimiento de material purulento por el pene, signos que por sí mismos no podrían ser indicadores definitivos de haber padecido una EST.

El conocimiento tanto de hombres y mujeres respecto al SIDA es extremadamente alto, en promedio, el 97.9% de los y las jóvenes han tenido información formal e informal sobre el tema. La forma de transmisión mayormente conocida es la vía sexual, seguida de la

transfusión sanguínea y durante el embarazo. Desgraciadamente, los mitos respecto a las EST y el SIDA son aún importantes.

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

SÍFILIS

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

El periodo de incubación abarca aproximadamente tres semanas, después de las cuales aparece en el sitio de penetración del *Treponema* una lesión llamada chancro, parecida a una úlcera y que puede pasar desapercibida pues no produce dolor ni secreción. Esta lesión dura entre 3 y 6 semanas, aparentemente desaparece, aun sin tratamiento, pero en realidad se hace latente. En ese momento se puede realizar el diagnóstico examinando al microscopio material de la úlcera. Si no es detectada, la enfermedad sigue su evolución dando lugar a la llamada sífilis secundaria, la cual ataca las mucosas, la piel y los ganglios. Si en ese lapso se aplica tratamiento, la sífilis desaparece, de lo contrario, vuelve a hacerse latente y antes de dos años del inicio del padecimiento aparecerán síntomas nuevamente. A este periodo se le llama relapso.

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

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

GONORREA

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

CHANCRO BLANDO

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

HERPES GENITAL

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

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

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

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

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

VAGINITIS MONILIAL

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

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

El hongo se presenta generalmente sin dar ninguna molestia en la boca, la vagina o el recto, pero los síntomas pueden desarrollarse por contacto sexual con una persona que padece la enfermedad, por usar toallas de una persona infectada o después de haber tomado antibióticos o anticonceptivos orales, ya que la ingestión de medicamentos puede modificar la flora de la vagina y hacerla más susceptible a la proliferación del hongo. El principal problema de la enfermedad es que tiende a repetirse con frecuencia. En los bebés que son contagiados al pasar por la vagina de la madre infectada, aparece infección en la boca y la garganta. (Pick, 1995; Gotwald, 1993)

CONDILOMAS ACUMINADOS

El condiloma acuminado es una enfermedad causada por un virus papilomatoso, los primeros síntomas aparecen uno o tres meses después del contagio; aparece primero irritación local, comezón y posteriormente pequeñas verrugas que van aumentando rápidamente de tamaño y que van a semejar pequeñas crestas en el ano y los genitales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

LADILLA

Es un insecto de tamaño diminuto que habita en las regiones vellosas del cuerpo, específicamente del vello genital. El insecto tarda en desarrollarse de una a cuatro semanas después del contagio, se transmite por contacto sexual, por contacto con camas, ropas, baños y toallas que hayan sido utilizadas por alguna persona ya contagiada. El tratamiento consiste en lavar el área con una preparación insecticida especial que destruya los piojos adultos y sus huevos. (Pick, 1995)

SIDA

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

En sentido estricto la persona no muere de SIDA sino de otras enfermedades que hacen su aparición como consecuencia del virus, las cuales se denominan enfermedades oportunistas. Éstas pueden ser pulmonías, infecciones estomacales, de la piel (sarcoma de Kaposi) o del sistema nervioso central (SNC), entre muchas otras. El SIDA es la fase en la que el virus HIV se encuentra activo en el organismo humano; es causado específicamente por un retrovirus que se produce en las células vivas y es capaz de invadir cualquier tipo de células del tejido humano. Tiene predilección por el grupo celular sanguíneo, los glóbulos blancos, denominados linfocitos T (T-4), las células B y los macrófagos, así como células del SNC. Su característica de mutación (retrovirus) es lo que hace imposible encontrar una vacuna eficaz o un medicamento que atenúe los estragos que causa entre los individuos que lo portan.

El HVI se introduce en los glóbulos blancos, cuya superficie es portadora de una glucoproteína llamada T-4 e impide que éstos cumplan con su función alertadora, inductora o auxiliar en el sistema inmunológico del individuo. El SNC percibe a estos glóbulos blancos infectados como sanos, lo cual les permite continuar con su reproducción, disminuyendo progresivamente la función inmunológica del adolescente.

El método de reproducción del HIV se da por replicación, en la que interviene una enzima específica denominada transcriptasa inversa, ésta permite al virus integrar su propio código genético al del linfocito T-4, por ello, cada vez que la célula infectada se reproduce incluye el código del virus y permite su permanente reproducción. Los virus así producidos y liberados destruyen las paredes de otros linfocitos T-4, lo que da lugar a la invasión de otras células, por lo que a medida que avanza la infección desaparecen de la sangre del individuo los linfocitos T-4 y la deficiencia de dichas células se vuelve permanente y progresiva. La aparición de lo que se ha denominado SIDA constituye sólo la fase final de la infección.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para el tercer semestre del 2001 en México hay 50,000 casos registrados de SIDA, ya con los subregistros y los retrasos este número se incrementa a 64,000. Y de acuerdo a estimados por prevalencia en grupos de riesgo para noviembre del 2001 existían 150,000 casos de VIH. Según la secretaria de Salud hay 23,000 pacientes de SIDA vivos y son atendidos en las instituciones de salud 16,000. Según ONUSIDA por cada caso de SIDA deben considerarse de 3 a 4 casos de VIH sin haber desarrollado el SIDA; según esto, en nuestro país hay además 304,278 casos de VIH, de los cuales el 90% desconoce que tiene el virus.(CONASIDA)

A continuación se muestra la distribución porcentual de los casos de SIDA diagnosticados en el 2001, según sexo y grupo de edad. Recabados por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, a través de CENSIDA. (CONASIDA)

Distribución porcentual de los casos de SIDA diagnosticados el el 2001, según sexo y grupo de edad.

GRUPOS DE EDAD	En el Trimestre			En el año		
	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL
Menores de 15 años	0.4	0	0.3	1.5	3.5	1.8
De 15 a 44 a.	82.9	76.6	81.7	83.1	73	81.4
De + de 45	16.7	23.4	18	15.4	23.5	16.8
Edad ignorada	0	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, a través del CENSIDA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las poblaciones de riesgo son ante todo de varones que oscilan entre 15 y 44 años, periodo en el que se presenta la mayor incidencia; aunque la enfermedad puede haberse contraído en la adolescencia, los síntomas tal vez no aparezcan sino hasta mucho tiempo después. La fase de incubación es el tiempo comprendido entre la adquisición del virus y la aparición de las manifestaciones del contagio, el cual oscila entre unos cuantos meses a más de 10 años. Posteriormente aparece la fase de latencia de la enfermedad, en la que los síntomas no son evidentes, pero es posible constatar la presencia del virus mediante pruebas de laboratorio.

La mayoría de los portadores asintomáticos del HIV son llamados seropositivos, ya que en sus fluidos vitales hay evidencia positiva de la presencia del mismo. Actualmente 20% de los casos existentes de HIV/SIDA son adolescentes de entre 12 y 24 años de edad (Vázquez, 1995) En México se informa de 102 casos registrados de niños menores de 15 años, los cuales en su mayoría han contraído el virus por vía perinatal por transfusiones de derivados sanguíneos y sólo dos casos por ultraje y abuso sexual. Se considera que 1 de cada 5 adultos adquirió el virus entre los 17 y 22 años de edad, con lo que se ubica a la adolescencia como el periodo de mayor riesgo. (Vázquez, 1995)

Alfaro (1991) considera que la población adolescente es la más propensa a contraer SIDA ya que manifiesta deseo de experimentar con las relaciones sexuales y es frecuente la aparición de conductas de riesgo: cambios de pareja, encuentros casuales con parejas desconocidas, entre otras; en general se trata de actividad sexual que no mide las consecuencias (desde un embarazo no deseado hasta una EST), en particular debido a las prácticas sexuales de alto riesgo (sin el empleo de preservativo).

Los primeros casos pediátricos y adolescentes reportados en México fueron secundarios a transfusiones sanguíneas contaminadas, situación que ha disminuido a partir de los controles más estrictos sobre los derivados sanguíneos; algunos autores consideran que la vía de

transmisión más frecuente en adolescentes y adultos de ambos sexos son las relaciones heterosexuales con prácticas de alto riesgo, como tener varias parejas y no llevar a cabo el sexo seguro. (Valdespino, J., García, L., Del Río, A. y Loo, E., 1995)

En la adolescencia, una actividad de riesgo común es iniciar la vida sexual con prostitutas, con poblaciones móviles o que cambian de lugar de residencia frecuentemente y que no tengan acceso a servicios de salud, así mismo se ha encontrado que el riesgo se incrementa cuando se han adquirido otras enfermedades de transmisión sexual (Valdespino et al. 1995). En el ámbito mundial se han reportado 851, 628 casos acumulados de niños con el síndrome. La Organización Mundial de la Salud considera que se encuentran infectados más de un millón de niños actualmente. (Martínez, 1996).

En general, los adolescentes tienen una inestabilidad en el ánimo y el objeto del impulso sexual; son oscilantes, contradictorios, lo que los convierte en una población vulnerable y se exponen a situaciones de riesgo, las cuales incluyen el contraer enfermedades de todo tipo y en particular del orden sexual. Uno de los elementos en los que más se debe insistir en el trabajo con adolescentes es la educación en el ámbito de la responsabilidad sexual y especialmente en lo relacionado con los aspectos preventivos del desarrollo psicosexual, la búsqueda del establecimiento de conductas tendientes al autocuidado y la protección en contra de infecciones y enfermedades de transmisión sexual.

4.2.1 Como prevenir las EST en los adolescentes.

La prevención debe encaminarse a reducir la incidencia de las EST, a detectar oportunamente a los enfermos (incluyendo los contactos) y el tratamiento adecuado para reducir al máximo las posibles secuelas. A la prevención contribuyen programas educativos orientados a informar al adolescente matriculado en establecimientos educativos, pero especialmente a quienes no lo están (adolescentes y

jóvenes empleados o desempleados, fuera del sistema educativo formal). En muchos sitios, el temor al SIDA ha facilitado la discusión acerca de la EST en escuelas y otros centros educativos, cosa que hace algunos años no se hubiera logrado.

La información sobre las ETS distintas al SIDA, debe incluirse como parte de la educación que reciben los(as) adolescentes, ya que en muchas ocasiones no se le da la importancia que merece dicha información, ya que si los adolescentes la manejan de manera veraz pueden tener un tratamiento oportuno y adecuado.

El tratamiento oportuno constituye un objetivo crítico de los programas encaminados a la lucha contra las EST. Aun cuando se dispone de tratamientos efectivos contra la sífilis, la gonorrea, la chlamydia en sí todas las EST producidas por parásitos y hongos, se debe reconocer que existen enfermedades incurables hoy en día como el Herpes y el SIDA.

Por lo anterior, es necesario enfatizar que la educación constituye un recurso valioso y eficaz en la prevención de las infecciones producidas por las EST. Sólo la educación puede modificar actitudes y producir comportamientos que favorezcan la práctica del sexo seguro y responsable.

Los programas de salud, educación y bienestar deben incorporar actividades que tengan como propósito: informar a los(as) adolescentes sobre las características, modo de contagio y maneras de reducir el riesgo de contraer una EST; promover la importancia de la relaciones monógamas con compañeros sexuales no infectados; discutir la conveniencia de alternativas como las relaciones sexuales no coitales; mostrar la abstinencia como otra alternativa a considerar y finalmente mostrar como el uso adecuado y consistente del condón puede salvarles la vida.

4.3 El Embarazo en la adolescencia

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

Pick(1995) comenta que el embarazo durante la adolescencia se considera como un problema social que afecta enormemente el estado bio-psico-social de la adolescente. En México el 17% de nacimientos de neonatos vivos fueron de madres entre 15 y 19 años de edad y existe información que indica la presencia de embarazos en adolescentes menores de 15 años.

El fenómeno de embarazo adolescente tiene múltiples causas físicas, psicológicas y socioculturales, pero al hacer un análisis de estas podemos entrever algunas posibles soluciones.

La reproducción en sí es la función biológica en la que los seres vivos generan nuevos individuos para asegurar la supervivencia de la especie. El que la sexualidad humana no cumpla exclusivamente con la función de reproducción está dado por lo siguiente: puede ser un acto de recreación placentera en sí mismo, ya que no se realiza con fines de procreación únicamente. (Cruz, 1992)

Así las relaciones sexuales cubren necesidades de diferente índole, desde la mera experimentación del placer y/o por necesidades emocionales de cercanía, comunicación, intimidad, hasta otras consideradas como patológicas, de poder, de agresión y sadomasoquismo. (Cruz, 1992)

El embarazo resultante es de gran trascendencia para la mujer, ya que el embarazo, el parto y el nacimiento son parte de un proceso que

implica cambios físicos, biológicos, sociales y psicológicos, los cuales modifican tanto la conducta como la situación afectiva de la gestante.

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

Ahora bien cuando nos referimos a la maternidad (entendida como todas aquellas conductas, sentimientos y fantasías de la madre hacia el niño) se puede decir que es la actividad más comprometida y crítica que se le presenta a la mujer (Villa, 1994 cit. en Gonzalez, 2001). El ser humano es la criatura animal que nace con las mayores condiciones de desprotección, ya que para poder sobrevivir necesita de la seguridad que pueden brindarle los adultos, especialmente la madre, pues es ella quien se encarga de salvaguardar al pequeño de los peligros del mundo externo y proveer todos los satisfactores que requiere.

Los estados emocionales que experimenta la mujer embarazada tiene sus raíces en la propia infancia. En cierto sentido este estado de embarazo, donde se producen ajustes psíquicos pasajeros pero a menudo importantes y que dejan huella, es la última etapa de la maduración psicosexual, impregnada de un pasado y donde es determinante la relación con la madre.

Deutsch(1960) lo interpreta como consecuencia de una doble identificación: 1) la mujer encinta se identifica con el feto, reviviendo así su propia vida intrauterina y 2) además el feto representa para el inconsciente de la mujer embarazada a su propia madre y especialmente a su Super Yo materno, de modo que su relación ambivalente con la madre es revivida con su futuro hijo.

Se plantea que el feto puede adquirir otras representaciones para la mujer, la más frecuente es la de algo robado de la madre, este "algo" puede ser tanto un hijo que pertenece a la madre como el pene del padre que la madre lleva dentro. La irregulación de estas fantasías durante el embarazo y parto es la causa de múltiples angustias y trastornos somáticos. La defensa psicósomática más frecuente contra la angustia provocada por el feto en crecimiento consiste en el aborto, en la expulsión prematura del perseguidor, que ocurre a menudo sin poder ser frenada por ninguna medida preventiva o medicación. (Langer, 1983)

Si el conflicto frente al embarazo es menos intenso y despierta menos ansiedad, sus manifestaciones serán más inofensivas. La más frecuente es de carácter oral y consiste en náuseas, vómitos y antojos. Según Deutsch (1960) la embarazada reacciona en los primeros meses con ambivalencia oral, trata de expulsar a su bebé mediante los vómitos y reincorporarlo a través de los antojos. Aunque el antojo a veces se interpreta como actitud positiva frente al feto, por expresar una necesidad de afirmar el embarazo, esta misma necesidad indica la existencia de un deseo contrario: expulsar al feto o lo que éste representa para su inconsciente.

De modo que un embarazo difícil es indicio de conflictos, aunque la ausencia de trastornos en sí no es prueba de una aceptación gozosa; en cuanto a la actitud de la mujer sucede lo mismo que con respecto a la menstruación dado que logra ignorarla y termina aceptándola pues es la única manera de calmar sus angustias y dudas. Aunque no existe embarazo exento de angustia y conflicto, justo por el gran cambio y logro que implica, normalmente va acompañado por un sentimiento de felicidad. La mujer se siente serena y tranquila, identificada con su ideal de madre y con su hijo bien protegido por ella. Llega a vivir en este estado la unión más íntima que puede existir entre dos seres, pues nuevamente está permanentemente acompañada, por tanto, el temor principal durante el parto es la separación, ya que ésta representa

revivir la angustia más antigua y arcaica, la separación de la madre (González, 2001).

Como se ha visto el embarazo y la maternidad representan una etapa crítica en la vida de la mujer, pero ésta puede incrementarse cuando coincide con la adolescencia ya que aunada a todos los conflictos que de ésta resultan la adolescente debe enfrentar una gama de problemas para los cuales no está preparada. A continuación se presentaran algunas de las características típicas de las adolescentes embarazadas así como las consecuencias que conlleva dicha problemática.

4.3.1 Frecuencia del embarazo adolescente.

Cada año 15 millones de adolescentes dan a luz en el mundo, lo que representa poco más del 10% del total de nacimientos, el 80% de éstos se da en países en vías de desarrollo. Hay una gran variación en las tasas de fertilidad de los adolescentes entre los diferentes países dependiendo de su grado de desarrollo, por ejemplo, en Japón la tasa de fertilidad en mujeres de 15 a 19 años es de 4/1000, en México es de 82/1000 y en Mauritania es de 300/1000.(GIRE)

Se sabe que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno relativamente frecuente en México, cada año se embarazan 500,000 adolescentes, que representan el 25% del total de embarazos que se registran en el país, de ese total 390,000 llegan a término, lo que significa que el 17% de los alumbramientos que tienen lugar en México son de mujeres menores de 19 años. (GIRE)

En 1990 existían en nuestro país 4,904,511 de mujeres entre los 15 y 19 años de las cuales 511,642(es decir el 10.43% de las adolescentes) ya tenían hijos. Además este mismo año se registro que 12,270 niñas entre los 12 y 14 años dieron a luz. Esto significa que un total de 524,362 mujeres mexicanas que tienen alrededor de 19 años ya son madres, y muchas de ellas ya tienen más de un hijo. (INEGI, 1993)

Mujeres de 12 a 19 años y número de hijos nacidos vivos

número de hijos nacidos vivos	población femenina de 12 a 19 años
con 1 hijo	385,655
con 2 hijos	107,519
con 3 hijos	19,492
con 4 hijos	5,328
con 5 hijos	2,446
con 6 hijos	1,746
con 7 hijos	1,447
con 8 hijos	729
total	524,362

Fuente: INEGI, *Fecundidad*, INEGI, México, 1993.

Las cifras sobre el embarazo adolescente seguramente son más altas, si consideramos que no todos los embarazos llegan a término, sea porque terminen en un aborto espontáneo o en uno inducido. Otra característica importante es el hecho de que no son planeados, sin embargo una importante proporción de las madres adolescentes aseguran que el nacimiento si es deseado, lo que significa que la mayoría de ellas aceptan la maternidad sin importar que el embarazo haya sido resultado de un "descuido" o "accidente" o bien de una falla del anticonceptivo

4.3.2 Características de la adolescente embarazada

El embarazo es un fenómeno con una alta incidencia a escala mundial, es un fenómeno que causa gran interés debido a que es algo que va en contra del proceso natural, ordenado y deseado por la mayoría de las sociedades, sin embargo existen y han existido sociedades en las cuales el embarazo durante la adolescencia no presenta una posible ruptura prematura del tiempo para el desarrollo, sino sólo es la transición de niña a mujer y hasta puede ser causa de alegría. Se han llevado a cabo diferentes investigaciones que han tratado de identificar las características típicas o más comunes de aquellas adolescentes que se embarazan y algunos de los factores que refiere Tolbert (1998) acerca de quien puede ser la adolescente embarazada son los siguientes:

- Madurez física.
- Actividad sexual.
- Prácticas anticonceptivas inadecuadas
- Circunstancias económicas.
- Contexto familiar.
- Nivel cognoscitivo y logros escolares.
- Personalidad.
- Actitudes, grupo socio-cultural, amistades.
- Religión.
- Características del compañero.

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

Pocos son los estudios que han enfocado sus esfuerzos hacia una investigación cognoscitiva de la adolescente embarazada, algunos mencionan el factor de la falta de planeación o anticipación como

causa del no uso de anticonceptivos. Así mismo son muchos los reportes que indican un bajo nivel de escolaridad en la adolescente embarazada, y la posibilidad que estos se relacionen con un bajo cociente intelectual o bien con problemas de aprendizaje.

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

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

4.3.3 Consecuencias del embarazo adolescente

La actividad sexual, la maternidad y el matrimonio a una edad temprana, tienen consecuencias trascendentales para las adolescentes de hoy en diversos países de América Latina, pues eventos tales pueden crear obstáculos para una adolescente que tendrá dificultades para superarlos. Además de afectar a los propios adolescentes, sus hijos pueden verse influidos negativamente por tener padres tan jóvenes.

Complicaciones en la salud

La edad reproductiva está favorecida por las características específicas de cada mujer, pero existe un período idóneo donde los riesgos para las madres e hijos son mínimos siendo en América Latina el

período de los 20 a los 29 años, por lo que la mayoría de los estudios diagnóstica que las adolescentes embarazadas constituyen una población de alto riesgo de salud. Tanto por la elevada incidencia de complicaciones obstétricas, como por los riesgos de morbilidad y mortalidad materna, fetal e infantil que lo caracterizan, ya que este riesgo tiene que ver con la falta de maduración del sistema reproductivo. (Tolbert, 1998)

En el ámbito mundial, de acuerdo con OPS(1992) y OMS (1989) el embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años.

De las causas de mortalidad es indudablemente el aborto, porque la adolescente se expone a riesgos de salud importantes, en caso de practicárselo, pues al ser ilegal en México, se realiza en lugares clandestinos de condiciones profesionales e higiénicas precarias o inexistentes, además comúnmente se recurre cuando el embarazo está avanzado (segundo trimestre gestacional).

Cuando el embarazo termina en aborto puede traer consecuencias en la salud presentes y futuras o ser exitoso.

Los problemas de salud también pueden afectar a los bebés de las madres adolescentes. Se ha registrado que los hijos de adolescentes tiene mayor incidencia al bajo peso (menor de 2,500 gr) ya sea en partos a término o prematuros, presentan trastornos respiratorios, traumatismos obstétricos y sus consecuentes repercusiones neurológicas, retraso mental y en muchos casos la mortalidad durante el primer año de vida del bebé. (Tolbert, 1998)

Black y Deblasse (1985) refieren que la mayoría de los hijos de madres adolescentes, poseen puntajes bajos de Coeficiente Intelectual (CI) que se atribuyen a la posible desnutrición y falta de cuidados perinatales, que se pueden relacionar con el inadecuado desarrollo emocional, social, con deficiencias cognitivas y escolares en el futuro del bebé.

Las complicaciones bio-médicas del embarazo en la adolescencia con incremento para aquellas menores de 15 años, son amplias tanto dentro del período de embarazo para la misma adolescente como para el producto. Atendiendo exclusivamente a la perspectiva bio-médica, se ciernen sobre el embarazo de la adolescente diversas amenazas según se trate la primera o segunda mitad de gestación. El aborto, que conservadoramente se ha calculado en nuestro país como la forma de terminación del 20% de los embarazos, es imposible de valorar adecuadamente en este y otros grupos de edad, aunque se supone que el aborto provocado ocurre con gran frecuencia en la adolescencia. En nuestro medio, donde el aborto es ilegal y utilizado en el clandestinaje, presenta riesgos muy elevados por las frecuentes complicaciones que comprometen la vida o el futuro reproductivo de la adolescente. Si éste no se realiza la paciente queda atrapada, por un embarazo no deseado que aumenta su riesgo, dado que por ser tardíamente diagnosticado, frecuentemente ocultado y generalmente no vigilado, reúne las condiciones necesarias para aumentar su morbimortalidad perinatal. (Pérez y Torres, 1998).

Consecuencias Psicosociales

La adolescente desde que se embaraza se enfrenta a nuevos problemas inherentes a la misma gestación.

Entre las consecuencias psicosociales que se consideran de mayor gravedad, se encuentran la restricción de oportunidades para mejorar el nivel educativo y socioeconómico, ya que por lo general la adolescente embarazada suele interrumpir sus estudios, se termina en un matrimonio precipitado con mayor probabilidad de divorcio; además se enfrenta a problemas asociados con los nacimientos fuera del matrimonio, responder a las constantes demandas de sus responsabilidades como madre y con sus necesidades de adolescente. Una madre muy joven generalmente carece de estabilidad emocional,

madurez y experiencia para desempeñar adecuadamente su nuevo rol. (Tolbert, 1988)

Al respecto OPS (1992) mencionan que los efectos sociales por el hecho de tener un hijo durante la adolescencia son negativos para la madre, puesto que el embarazo y la crianza del niño, independientemente del estado civil, interrumpen oportunidades académicas y laborales, la escasa probabilidad de un matrimonio a futuro, o bien, rechazo social, familiar y/o de la pareja, carencia del apoyo legal o de salud, salarios mínimos, pocas probabilidades de ascensos, abusos, maltratos, etc.

Consecuencias en la relación de pareja y familiar

Entre las consecuencias del embarazo adolescente antes mencionadas, el que la mujer muchas veces por ser menor de edad se enfrenta a un matrimonio forzado, situación muy acostumbrada en la cultura mexicana para evitar el rechazo social, lo que incrementa altas posibilidades de inestabilidad marital, emocional y divorcios (Black y Deblasse, 1985).

También es común la ausencia de la persona de la cual la adolescente se embarazó después de la confirmación del embarazo.

Mientras que cuando la adolescente y su pareja viven juntos, se enfrentan a una serie de dificultades en la formación de una liga afectiva fuerte entre ellos por no haber tenido la oportunidad de pasar por una serie de procesos que ayudan a la consolidación de la relación, esto es, la mutua adaptación a las necesidades del otro, así como el establecimiento de límites con las respectivas familias de origen.

Es común observar que la pareja viva con alguna de las familias de origen, con lo cual se dificulta la intimidad y el conocimiento entre ambos, pues en muchas ocasiones los familiares se entrometen en sus relaciones, pudiendo crear problemáticas entre ellos y propiciando una inadecuada relación de pareja y la disolución de la misma.

También se pueden presentar problemas de jerarquía con respecto al hijo, lo cual provoca que el niño experimente límites inconsistentes y confusos, emergiendo conductas problemáticas y manipuladoras. (Arcelus, 1998)

Sin embargo, para la adolescente es importante la reacción y postura familiar, pues al recibir el apoyo de la misma, la menor de edad puede reestructurar su vida, con la posibilidad de continuar con un ritmo de vida semejante al anterior al suceso del embarazo, estudiando o trabajando mientras le ayudan a cuidar a su hijo, o bien, si la respuesta familiar es de rechazo por sus actos, pueden conllevar a la pérdida de la familia, lo que puede encaminar a la mujer a problemas sociales fuertes como la prostitución, alcoholismo, depresión y autodestrucción (OPS, 1992 y OMS 1989).

Consecuencias académicas y laborales

En el estudio de Black y Deblasse (1985), se encontró que en general no más del 50% de las adolescentes embarazadas se gradúan en la secundaria, puesto que el embarazo y la maternidad les impide seguir estudiando y abandonan su educación.

El embarazo en adolescentes no sólo provoca la deserción de los estudios, sino además la disminución de expectativas a futuro con relación a lo académico y al trabajo, pues están menos capacitadas para laborar y ser bien remuneradas.

Se han observado ciertas diferencias entre las adolescentes embarazadas que continúan estudiando y las que abandonan sus estudios antes o a raíz del embarazo. Las adolescentes embarazadas que continúan con sus estudios tienen mayor grado de asertividad y autoestima que las adolescentes que dejan sus estudios. Además sus padres tienen mayores expectativas tanto escolares como laborales para las adolescentes desde antes del embarazo, y sus compañeros también tienen un mayor nivel de escolaridad. Con mayor frecuencia las adolescentes que continúan con sus estudios no deseaban el

embarazo al inicio de la gestación y habían usado métodos anticonceptivos previamente, por lo que al enterarse del embarazo pensaron en la posibilidad de abortar e hicieron intentos al respecto. Estas adolescentes, durante el embarazo, mencionaron tener una calidad de apoyo más favorable por parte de la familia de origen, lo que refleja el temor de los padres de que las expectativas para sus hijas no se vean realizadas; no obstante, tales adolescentes presentan un grado más alto de optimismo.

Se puede concluir que las adolescentes embarazadas que continúan con sus estudios, no tenían la motivación de ser madres en este período de su vida, pero, por sus características de personalidad y el apoyo recibido por la familia de origen, se les facilitó adaptarse y conservar sus expectativas de vida.

Atkin(1998) encontraron que las adolescentes que abandonan sus estudios antes del embarazo, provienen de un nivel socioeconómico más desfavorable y que hay menos comunicación con sus madres. Estas adolescentes reportaron autoestima más baja y con menor frecuencia haber pensado o intentado abortar al inicio de la gestación. Estas adolescentes no perciben al embarazo como un evento inconveniente para sus vidas, ya que la maternidad probablemente representa para ellas una de las pocas alternativas para su futuro, y con frecuencia tienen poca motivación, así como pocos recursos para seguir estudiando.

Las condiciones educativas y socioeconómicas menos favorables, explican el evento de embarazo en adolescentes, bajo el término de una transmisión de valores y normas de acuerdo al nivel educativo. (Pick, Atkin y Karchmerl, 1998).

Consecuencias sobre la relación materno-infantil

Ciertos estudios han comparado la interacción materno-infantil entre adolescentes y adultas reportando que la madre adolescente se caracteriza por ser más autoritaria y rígida, y que inician la estimulación

verbal y la observación hacia sus hijos menor frecuentemente que las madres adultas.

Algunos de los hallazgos encontrados en los hijos de las madres adolescentes son, retraso en el desarrollo a causa de desnutrición y a la carencia de cuidados prenatales, falta de estimulación, además de problemas conductuales y educativos tales como: agresividad, impulsividad y dificultades en la capacidad de atención y concentración como consecuencia del maltrato físico y verbal.

Cuando la adolescente que se embaraza en un inicio de la gestación deseaba abortar o bien cuando decide continuar con su gestación, tal vez su relación materno-infantil se encuentre impregnada por fuertes sentimientos de agresividad, paralelamente que se daña el desarrollo bio-psico-social del niño. Al respecto Villa(1995) realizó una correlación teórica entre los deseos de muerte que se da entre una madre con deseo de aborto y el posterior deseo de muerte o intento suicida por parte del hijo. La ausencia de deseo del hijo, con esa ambivalencia preconceptiva, es decir, de concebir o no concebir, de abortar o no abortar, hace que predomine en el niño(y luego en el adulto) un instinto de muerte que se manifiesta con diversas actuaciones autodestructivas, con ideaciones suicidas o la irreparable pérdida de su vida. En una u otra modalidad el hijo intenta realizar el deseo tanático inconsciente de la madre.

Las adolescentes tienen expectativas irreales hacia el desarrollo del niño. Imaginan al bebé como un muñeco o juguete, además desean que el bebé llene sus propias necesidades, lo que les hace más difícil aceptar la propia individualidad del niño. La adolescente se muestra insensible o rigurosa hacia el infante.

Diversos autores han referido que los hijos de madres adolescentes se encuentran en un riesgo doble debido a las inadecuadas características de crianza de la madre y en segundo lugar a un medio social adverso.

Pero los problemas más cruciales son de orden afectivo: la adolescente experimenta casi siempre grandes dificultades en establecer con su hijo una relación estable y tranquilizadora de la que, sin embargo, el niño tiene absoluta necesidad para su desarrollo.

La sociedad espera de la adolescente que ame a su hijo con un amor sin fallos como precio por su falta, no tiene opción de elegir sus formas de comportamiento; incluso las que habrían deseado dar en adopción al hijo y que desistieron de este proyecto que las culpabilizaba intensamente o incluso la que no experimenta por el hijo ningún profundo apego, se sienten obligadas a actuar de acuerdo a la norma social. (Rivera et al, 1993)

Es muy difícil también dejar de considerar que el niño al que se debe amar es al mismo tiempo, la causa de muchas dificultades. Los sentimientos de afecto real hacia el niño ceden el sitio a sentimientos de agresividad o a la impresión de un fracaso que el niño viene a encarnar. El comportamiento inseguro y poco estable de la madre tiene como consecuencia la reacción negativa del niño, que está expuesto, más que otros a trastornos de comportamiento o de la personalidad. El niño de la madre adolescente posee "un alto riesgo" en lo que se refiere al desarrollo de la personalidad, su educación, su adaptación social ulterior y esta vulnerabilidad será compartida por los demás hijos que esta joven tendrá más adelante. (Rivera et al, 1993)

Consecuencias psicológicas e implicaciones emocionales

El embarazo y la crisis que implica para toda primigesta coinciden con otra etapa crítica como es el periodo de la adolescencia. Según algunas investigaciones existe en las adolescentes embarazadas un bajo autoconcepto que se origina por la superposición de dos procesos con tareas aparentemente contradictorias; lograr la individuación y consolidación de la identidad propias de la adolescencia, por una parte, y al alcanzar la simbiosis con su bebé vía regresión libidinal hasta sí misma, tarea normal durante el embarazo, por

la otra. Se entiende que el pobre autoconcepto encontrado en las adolescentes está relacionado con la dificultad de integrar y sintetizar la representación mental del cuerpo en desarrollo, ahora modificado por el embarazo. (Salinas y Armengol, 1992 cit. en González, 2001)

El embarazo vía regresión libidinal, promueve la simbiosis; existe además una decaatectización parcial de los objetos externos con la vuelta de la libido hacia el sí mismo, lo que provoca una detención del proceso adolescente en sí o lo que sería más deseable, la consolidación de la identidad femenina. En algunas adolescentes el embarazo no es el resultado de una regresión adaptativa al servicio del Yo, sino que adquiere características defensivas ya que, al parecer, la motivación inconsciente para el embarazo es mantener la dependencia infantil con la madre, prolongar la simbiosis y evitar la individuación. (González, 2001)

En la mayoría de los casos se encuentra la presencia de una regresión yoice en forma de identificación primaria con la figura de la madre, que sí bien es cierto provee a la adolescente de un sentido de identidad, también llega a ocurrir a expensas de la autonomía y la individuación. Se considera a la actuación (acting) sexual temprana de la adolescente como resultado de la defensa edípica y al embarazo como el fracaso de esta defensa, debido a un Yo debilitado por la regresión defensiva contraria a la regresión adaptativa propia de la adolescencia normal.

Según Black y Deblasse (1985), el embarazo en la adolescencia interrumpe el proceso de desarrollo normal y los patrones de socialización en esta etapa.

Además, durante la gestación se van creando múltiples sentimientos por parte de la joven como desubicación, confusión, desesperanza o las consecuencias más dramáticas del embarazo en la adolescente que son el suicidio y la psicosis post parto.

Black y Deblassie (1985), concuerdan en la presencia de sentimientos de depresión, culpa, degradación y humillación cuando las adolescentes se embarazan antes del matrimonio.

La adolescente ante la notificación del embarazo puede experimentar sentimientos ambivalentes, por una parte el deseo de la maternidad, pues la mujer desde pequeña se prepara para ser madre, y por el otro, puede rechazar a su hijo al percibirlo como una amenaza contra su integridad, considerando que éste le ocasionará problemas y limitaciones.

La primera reacción ante la posibilidad del embarazo en las adolescentes solteras, es la negación, cuando se confirma el embarazo y es rechazada por la pareja y la familia, la mujer frecuentemente puede llegar a sentir vergüenza, culpa, angustia y trastornos psicológicos, dentro de los cuales se encuentra la depresión que puede ser leve o en casos extremos puede llevar al individuo al alcoholismo, farmacodependencia e incluso al suicidio.

En tales situaciones es imprescindible el apoyo de personas y familiares, porque los sentimientos habituales del adolescente son la emancipación, el aislamiento y la tensión.

En conclusión, las consecuencias psicológicas durante el embarazo en las adolescentes son diversas y obedecen a múltiples factores que se interrelacionan entre sí: los procesos mismos del período adolescente, del embarazo, si es o no deseado, de las circunstancias sociales, así como de la situación de que la pareja acepte la paternidad y la adolescente gestante cuente o no con el apoyo de su pareja y su familia.

4.3.4 El padre adolescente

Hasta fechas recientes se sabía muy poco acerca de los padres adolescentes, o que tipo de muchacho tenía más probabilidad de convertirse en padre. El estereotipo generalizado de los padres adolescentes es que son irresponsables, interesados sólo en su

gratificación física personal y sin deseo de asumir su responsabilidad económica, emocional o familiar para cuidar de sus hijos. Pero investigaciones recientes demuestran que muchos padres adolescentes están lejos de este estereotipo.

En algunos estudios realizados por Robinson(1988) define cinco mitos comunes que se le aplicaban a este grupo de adolescentes y son:

1. El mito del supersemental: El padre adolescente tiene muchas tablas, mayor conocimiento del sexo y mucha más experiencia sexual que los otros adolescentes.
Realidad: A pesar de que los padres adolescentes tienden a ser sexualmente activos a edades más tempranas que otros, son relativamente cándidos en lo que se refiere al conocimiento sexual, especialmente en lo tocante a la anticoncepción.
2. El mito del don Juan: Los padres adolescentes hacen presa fácil de las chicas inocentes con suaves burlas y exigencias sexuales; son explotadores sexuales, más interesados en la conquista que en las consecuencias.
Realidad: Los datos de que se dispone indican que hay muy poco de esa supuesta explotación en las relaciones sexuales adolescentes cuando sobreviene el embarazo. De hecho algunos adolescentes se sienten explotados mas cuando las chicas les aseguraban que estaban tomando anticonceptivos.
3. El mito del macho: Los padres adolescentes controlan mal sus impulsos y están dispuestos a demostrar su masculinidad a toda costa. Toman cada relación sexual como un trofeo personal.
Realidad: No existen pruebas de que los padres adolescentes carezcan más de control sobre sus impulsos que otros varones de su misma edad y condición. A pesar de que a veces pueda estar presente la necesidad de demostrar la propia masculinidad a través de las relaciones sexuales (al igual que ocurre también con los jóvenes y los hombres de mediana edad), también

podría argumentarse que las mujeres adolescentes están demostrando su feminidad al participar en dichas relaciones.

4. El mito del señor fresco: Los padres adolescentes tienen por lo general relaciones sexuales breves y casuales con las chicas a las que dejan embarazadas y escaso o nulo vínculo emocional con la madre o el bebé.

Realidad: Contrariamente a la idea de que los padres adolescentes mantienen relaciones sexuales breves y casuales, los estudios ponen en relieve que la mayoría tienen estrechos vínculos de afecto con sus novias y experimentan poderosos sentimientos acerca del embarazo.

5. El mito del padre fantasma: Los padres adolescentes se desentenden rápidamente de la situación en cuanto se produce el embarazo y dejan a la madre y al niño solos, sin prestarles ninguna ayuda.

Realidad: En el pasado los adolescentes dejaban la ciudad para evitar que los obligaran a casarse. Actualmente los matrimonios ya no son forzados ya que los chicos escogen libremente casarse con la muchacha. O bien acuerdan con la pareja que sólo las apoyaran de manera económica.

Por supuesto, la exposición de los mitos antes mencionados no significa que todos los padres adolescentes sean personas responsables. Muchos son muchachos que abandonan los estudios(aunque muchos puede que hayan dejado la escuela antes de dejar embarazada a la chica), lo que propicia que se vean en clara desventaja dentro del mercado laboral. Al tener una educación insuficiente, limitan su capacidad de ganar dinero, lo que convierte en imposible su capacidad para contribuir económicamente a la crianza y educación de su hijo. Otros adolescentes que se convierten en padres se mezclan con las drogas, juego ilegal u otras actividades criminales, ya sea en busca de una posición y aventuras o bien para

conseguir dinero. Y algunos simplemente se desentienden de la muchacha que han dejado embarazada. (Masters et al, 1995)

En nuestra sociedad, en la mayoría de los casos es el varón el que debe tomar la decisión entre casarse o no, en caso de que prefiera no unirse a la muchacha, aparecerá ante los demás como un desertor o un sujeto irresponsable. Esto puede causarle un conflicto interno que desencadene problemas de conducta o psicosexuales.

Aquellos que se casan durante la adolescencia, nos están precisamente destinados a un futuro feliz, ya que a parte de tener que sostener económicamente a su nueva familia en la mayoría de los casos tienen que recurrir a la ayuda de sus padres o los de la muchacha. En ciertos caso se le pide que estudie y trabaje, por lo que en gran parte de sus expectativas pueden resultar frustradas, hecho del cual culpará a su pareja o a su hijo. (Rivera et al, 1993)

En general se puede decir que el adolescente puede sentir los mismos sentimientos y preocupaciones que la chica embarazada, aunque desafortunadamente en nuestra sociedad se califica más duramente a la mujer que al hombre aunque estén en la misma situación.

4.4 El aborto en la adolescencia

La práctica del aborto es tan antigua como la vida del hombre en sociedad. Evidencias de su uso se han encontrado desde tiempos remotos. Tribus primitivas en todo el mundo han empleado diversos métodos para la interrupción de embarazos no deseados. Se puede atestiguar la utilización de un gran número de sustancias con fines abortivos desde la saliva de camello hasta el pelo machacado de venado; entre los apaches Mezcaleros el uso de una droga obtenida de vegetales fermentados, algunas tribus indígenas del Brasil emplean una planta denominada *me kra ket djo*, cuya traducción literal es la de "la gente no tiene hijos". (Garza y Vázquez, 1994)

La descripción más antigua de la inducción del aborto pertenece a la cultura China, acreditándose al emperador Shen Nung en el año 2737 a. C. En el papiro de Ebers existe constancia de que los médicos egipcios eran instruidos en el empleo de hierbas y drogas abortivas. En la antigua Grecia, Aspasia compiló una larga lista de agentes empleados en la inducción de abortos, incluyendo una cureta o legra, uno de los instrumentos médicos más antiguos que se conocen.

Entre los romanos existía toda una extensa farmacopea de drogas abortivas. En la América prehispánica el empleo de hierbas con propiedades uterotónicas como el zoopacle, la ruda y el cacao han dejado constancia de su uso como abortivos, incluso en la época actual. (Rudel y colaboradores cit. en Garza, 1994)

Al definir el aborto se puede decir que es la interrupción del embarazo antes de que el producto de la concepción haya alcanzado un punto de desarrollo que garantiza su supervivencia fuera del útero. Médicamente se considera como aborto a la pérdida del producto antes de que pese 500 gramos; o cuando el tiempo de gestación es menor de 20 semanas completas (139 días), contadas a partir del primer día de la última menstruación y antes de que esté lo suficientemente desarrollado para vivir. (Pick y Vargas, 1995)

El aborto puede ser de dos tipos: **a) Espontáneo**, en el cual se expulsa al embrión antes del tercer mes de embarazo, en forma natural, casual o accidental o bien puede deberse a un desarrollo anormal del huevo, enfermedades infecciosas, tuberculosis, alteraciones hormonales, malnutrición, ingestión de tabaco o alcohol, anomalías de los órganos reproductivos, tensión psicológica, entre otros; **b) Provocado**, en el cual la expulsión del embrión es debida a un esfuerzo intencional para terminar artificialmente el embarazo.

El aborto provocado se constituye como una solución para escapar del embarazo para muchas jóvenes que lo ven como la única solución pragmática a su problema. En los países donde el aborto está permitido se ha visto que al efectuarse bajo un estricto control médico

no genera más riesgos que los posibles de un embarazo llegado a término. Sin embargo el aborto en la mayoría de los países de América Latina al estar prohibido provoca que los riesgos para la joven sean muchos y muy peligrosos ya que en la mayoría de los casos se lleva a cabo clandestinamente, sin higiene, ni los métodos adecuados. (Rivera et al., 1993)

Esta práctica es ilegal en México¹, lo que hace difícil estimar su incidencia entre el grupo de adolescentes. Sin embargo se piensa que de cada dos nacimientos que experimenta una mujer menor de 20 años ya ha sufrido por los menos un aborto. (Delgado, cit. en Rivera et al., 1993)

El aborto puede ser producido mediante una gran variedad de técnicas, pero las más comunes y seguras son el legrado y la aspiración por succión. El legrado se realiza dilatando el cuello del útero mediante medicamentos y sacando el producto de la concepción a través de la vagina, utilizando la legra. La aspiración se realiza también a través de la vagina introduciendo un aspirador que succiona la totalidad del contenido uterino. Este procedimiento también se denomina miniaborto, inducción menstrual o periodo instantáneo.

Una vez practicado el aborto la ovulación puede presentarse dos semanas después. Al igual que cualquier procedimiento quirúrgico, si es realizado por un médico especialista, no deberá representar problema alguno. Pero en el caso del aborto, en países donde es ilegal, a veces se recurre a gente no capacitada. Esta falta de capacitación puede llevar a consecuencias negativas, incluyendo la muerte de la madre. Algunos de los problemas principales derivados de un aborto realizado sin los requisitos sanitarios adecuados son::

¹ Las causas de aborto no punible ya aceptadas por algunos estados son: A) Por razones eugenésicas, de malformaciones del feto (Coahuila, Colima, Chiapas, Durango, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán) B) Cuando el embarazo pone en peligro la salud de la madre (Guerrero, Hidalgo, Edo. México, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Tlaxcala y Zacatecas) C) Por razones económicas (Yucatán). (González, 1999)

1. Si el aborto es incompleto, en el que queden residuos en el útero, se pueden presentar hemorragias abundantes e infección. Los residuos deben ser retirados, de lo contrario se forman adherencias en el útero y en las trompas de Falopio, que impiden otros embarazos o pueden llevar a la muerte.
2. Si al realizar el legrado se hizo una limpieza demasiado profunda de las paredes del útero éstas pueden pegarse, impidiendo embarazo posteriores o produciendo una perforación.

4.4.1 Ventajas y desventajas de un aborto provocado.

La ventaja de provocarse un aborto por no querer tener un hijo, es que se está previniendo el nacimiento de un ser no deseado al cual no se le va a dar el cariño y la atención a los que toda persona tiene derecho. Estudios llevados a cabo en diferentes países han mostrado que los hijos no deseados presentan a lo largo de toda su vida una mayor probabilidad de tener problemas sociales y emocionales que hijos deseado. Así mismo, los padres de la criatura no deseada tienen una mayor probabilidad de tener problemas tanto personales como de pareja y con el hijo.

El tener un hijo no deseado tiene efectos tanto a escala individual como social. Una persona que no es deseada recibirá menos atención, menos cariño y más rechazo que si fuera deseada. Este rechazo la llevará a sentirse mal consigo misma y a tener más conductas negativas y destructivas que si fuera querida y tratada con amor y dedicación. El tener una sociedad con un gran número de personas que al no haber recibido cariño no lo pueden dar, que al no sentirse aceptadas hacen daño, trae consecuencias tales como agresión, abuso e incluso actos delictivos.

Desgraciadamente los abortos practicados por personas que no están especializadas son altamente riesgosos. A veces en la desesperación de un embarazo no deseado, algunas mujeres tratan de

provocarse un aborto por sí misma o acudiendo a personas no profesionales (hierberos, encargados de farmacias, parteros no profesionales) por miedo a que otras personas se enteren de su embarazo o por no contar con los medios para pagar el aborto con adecuada supervisión médica. Los abortos no llevados a cabo profesionalmente pueden ser muy peligrosos. Pueden provocar esterilidad y hasta la muerte. Lo irónico es que como consecuencia de estos intentos muchas personas tarde o temprano terminan enterándose del embarazo y el costo tanto económico como emocional para la mujer y su familia acaba siendo mucho más alto que si lo hubiera hecho un profesional. (Pick y Vargas, 1995)

4.4.2 Aspectos de salud mental en el aborto

Son obvias las ventajas de no dar a luz a un hijo no deseado. De hecho la mayoría de las mujeres sienten gran alivio después del aborto pues no deben ser madres en un momento en que hacerlo acarrearía consecuencias negativas para ellas mismas y sus hijos. Si no pudieran abortar muchas tendrían que renunciar al hijo para que otros lo adoptaran. Es también obvia la angustia de renunciar al hijo que se ha llevado durante nueve meses y de preocuparse por él durante el resto de la vida. Por lo tanto, es fácil suponer que el aborto produce sólo consecuencias positivas en lo que se refiere a la salud mental. Si bien esto es cierto en lo global, debemos también recordar que durante años hemos vivido con un tabú contra el aborto que está profundamente arraigado en nuestra tradición cultural y religiosa. Así pues, aun las mujeres que escogen el aborto al estar convencidas de que es lo mejor para su vida y para la vida potencial del embrión que llevan, quizá sufran sentimientos de culpa, depresión y sentimientos de pérdida después del aborto. Estas emociones talvez sean pasajeras, pero deberán comentarse con un médico u orientador interesado.

No es práctico adoptar el aborto como la principal forma de control de natalidad. Económicamente es costoso y a veces produce

riesgos para la salud de la mujer que deben evitarse. No obstante, seguirán ocurriendo embarazos no deseados por una gran variedad de motivos incluyendo los fracasos de la anticoncepción. El aborto, en efecto, es una posibilidad práctica en los embarazos no deseados y además permite a las mujeres controlar su cuerpo y su destino reproductivo. (Gotwald, 1993)

Pero, al hablar específicamente de la posibilidad de abortos durante la adolescencia, más que el lograr que se despenalice el aborto en nuestro país y que se pueda realizar en adecuadas condiciones de higiene, hay que ir más allá y trabajar sobre la prevención, en este caso mediante una actitud positiva ante el empleo real y correcto de los métodos anticonceptivos así como un conocimiento más significativo de todas las cuestiones físicas, sociales y psicológicas que se involucran en este problema de salud, lo cual es más favorable tanto física como mentalmente para la adolescente.

CAPITULO 5

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

5.1 Anticoncepción en la adolescencia

Proporcionar información y servicio de planificación familiar a los adolescentes está abalado por los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en EL Cairo en 1994. Este foro representa la máxima cumbre en donde se establecen acuerdos en el nivel mundial. En ésta conferencia los países firmantes (entre ellos México) se comprometieron a desarrollar acciones para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, así como dar a conocer y asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos para todos los individuos, incluyendo a los adolescentes. (CIPD, 1994)

En el nivel normativo internacional, La Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció que no existen contraindicaciones en lo que se refiere al uso de métodos anticonceptivos temporales para los adolescentes. Lo anterior incluye a los métodos hormonales orales e inyectables, al dispositivo intrauterino (DIU), a los espermicidas, al condón y a otros métodos locales. (OMS, 1996). Esto constituye una modificación de gran relevancia para eliminar barreras médicas que limiten el acceso de los adolescentes a los servicios de anticoncepción, algunos prestadores de servicios podrían considerar que los métodos más adecuados para los adolescentes se limitan a los de barrera (o incluso los tradicionales), cuando en realidad los hormonales y el DIU no sólo no presentan contraindicaciones si no que, en muchos casos, pueden ser los más adecuados, dependiendo de las características, hábitos y conductas de los jóvenes.

En los inicios del surgimiento de los métodos hormonales, debido a su elevado componente estrogénico se consideraba que estos métodos estaban contraindicados para los adolescentes. Sin embargo, los avances actuales en materia de anticoncepción han permitido el desarrollo de los

anticonceptivos combinados de bajas dosis, de la "mini píldora" y de nuevos inyectables; estos avances eliminan todas las contraindicaciones para su uso con adolescentes. (Rivera, Aguilar y Schiavon, 1999).

Es conveniente que el personal de salud conozca y consulte los documentos normativos de su país en materia de prestación de servicios de planificación familiar. En el caso de México, se observa que las acciones de salud sexual y reproductiva para adolescentes tienen el respaldo de la normatividad y del marco legal nacionales. La Norma Oficial Mexicana para la Prestación de Servicios de Planificación Familiar, emitida en 1994 (NOM), eliminó las restricciones al uso de cualquiera de los anticonceptivos temporales basadas en exclusivos criterios de edad. (NOM, 1994)

El propósito de la norma tiene el sentido de facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos por parte del mayor número de mujeres que los soliciten y de eliminar el aura de " peligrosidad " que por mucho tiempo se ha atribuido a casi todos los anticonceptivos, especialmente a los hormonales. La balanza en la relación riesgo-beneficio entre un embarazo no deseado y el uso de cualquier anticonceptivo va a favorecer el uso adecuado de éstos últimos, en la inmensa mayoría de los usuarios adolescentes. (Rivera y Arango, 1999)

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

Un alto porcentaje (80.9%) de las adolescentes ha tenido conocimiento formal o informal de la metodología anticonceptiva existente. La cifra para los adolescentes es aún mayor(93.4%). Sin embargo, sólo 44 de 100 adolescentes declaró haber utilizado algún método en la primera relación sexual. El método anticonceptivo de primera elección para la primera relación sexual es el condón(78.9%)

seguido de las pastillas(10.1%), el DIU(3.2%) y los inyectables(1.5%). La anticoncepción de emergencia no es un método conocido por los y las adolescentes o al que recurran con frecuencia. Sólo 2 de cada 10 adolescentes mujeres lo han puesto en práctica al menos una ocasión. El sitio de obtención de los anticonceptivos es la farmacia en un 85.7%, lo cual denota la necesidad de capacitar a los prestadores de servicios. (Encuesta gente joven 99, Mexfam)

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

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

Los métodos temporales son:

- ❖ Hormonas orales (pastillas)
- ❖ Hormonas inyectables
- ❖ Dispositivo intrauterino
- ❖ Condón
- ❖ Espermaticidas
- ❖ Tradicionales

Los métodos permanentes son:

- ❖ Oclusión tubaría bilateral o salpingoclasia
- ❖ Vasectomía

5.2 Métodos anticonceptivos

Pastillas anticonceptivas.

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

1. Los anticonceptivos combinados de estrógeno y progestina.
2. Los anticonceptivos que contienen progestinas solas (mini píldoras).

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

Las mini píldoras contienen dosis muy bajas de progestinas; la ventaja de éstas es que al ser desprovistas del componente estrogénico, no causan efectos secundarios ni metabólicos, ni tienen las contraindicaciones médicas del estrógeno.

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

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

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

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

Inyecciones anticonceptivas.

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

Los adolescentes sólo deben usar inyecciones mensuales, ya que contienen dosis de hormonas significativamente inferiores a las inyecciones de dos y tres meses. La primera inyección se debe aplicar dentro de los primeros cinco días después del inicio de la menstruación, se debe aplicar de forma intramuscular y la siguiente inyección debe aplicarse 30 días después.

Sus ventajas son que no afecta el coito, no está contraindicada durante la lactancia, tiene efectividad anticonceptiva muy elevada, garantiza privacidad y confidencialidad, su forma de administración es sencilla práctica y de larga duración. Proporciona beneficios no anticonceptivos a corto y largo plazo sobre riesgo de cáncer de endometrio, de ovario, riesgo de embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica aguda, quistes ováricos, nódulos y quistes mamarios y anemia.

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

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

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

Las pastillas de anticoncepción de emergencia (PAE).

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

Pueden utilizarse pastillas anticonceptivas de altas dosis conocidas en México con las marcas comerciales de Ovral, Eugynon, Neogynon y Nordyl; o las de bajas dosis conocidas como Microgynon y Nordet o Lo-femenal.

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

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

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

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

El dispositivo intrauterino (DIU).

El DIU es un objeto de material sintético (plástico) al que pueden adicionársele otras sustancias que potencien su efecto. Al DIU que no tiene ningún material complementario se le llama inerte o dispositivo de

primera generación, y a aquellos que tienen cobre u hormonas se les llama bioactivos o de segunda generación.

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

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

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

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

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

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

El condón o preservativo.

El condón es una cubierta en forma de saco elástico de latex que se fabrica en varias formas y colores; es cilíndrico, cerrado en un extremo y

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

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

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

Es importante que una vez terminado el contacto sexual, se retire el pene sujetando el condón por la base para evitar que el semen se escape y se deposite en la vagina o en la vulva.

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

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

Tiene como principales desventajas que el hombre puede presentar sensibilidad o alergia al latex, además de que puede romperse o no ser retirado adecuadamente y provocar derramamiento de semen. De igual modo a algunas personas les disgusta su uso porque dicen disminuye su sensibilidad. (Aguilar, Botello y Kimberly, 1998)

Los espermaticidas.

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

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

Se utilizan introduciendo la sustancia en alguna de sus presentaciones, con un aplicador o en el caso de los óvulos, con los dedos, 15 minutos antes de empezar el contacto sexual.

Después del coito no deben realizarse lavados vaginales antes de 6 horas. Si existe otra penetración se necesita una nueva aplicación.

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

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

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

Métodos de abstinencia periódica o métodos naturales (Tradicionales)

Los métodos de abstinencia periódica están basados en el ciclo ovárico y en la vida del óvulo y del espermatozoide. Tienen como principio restringir la actividad sexual durante el periodo fértil de la mujer, con los que se reduce, la posibilidad de la concepción, aunque también se puede utilizar este método para planear el embarazo.

Existen variantes de este método: las más comunes son: Método de la temperatura basal, método del moco cervical, método sinto-térmico y método del ritmo.

- a) Método de la temperatura basal: Este método está basado en la observación de los cambios de temperatura basal con el fin de

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

Para usar este método, la mujer debe tomar su temperatura diariamente al despertar y antes de realizar cualquier actividad. Al tomar la temperatura, la registra en una gráfica. Es importante que ella tome una clase para aprender cómo anotar, cómo leer la gráfica y cómo identificar la fase fértil de la infértil de su ciclo. Con este método la pareja evita las relaciones sexuales desde el primer día de la menstruación hasta que haya confirmado la ovulación y esperado un número específico de días después de la misma.

- b) Método del moco cervical: Esta basado en la observación de los cambios que tiene el moco del cuello uterino con el fin de identificar la fase fértil del ciclo. Después de la menstruación, generalmente la mujer experimenta una sensación de resequeidad y al observar sus secreciones no nota moco cervical. Conforme avanzan los días del ciclo, el moco empieza a bajar y va cambiando de un flujo pastoso y pegajoso a un flujo resbaloso y filante (es decir, se puede estirar entre los dedos). La sensación vaginal cambia de la resequeidad a una sensación de humedad. Luego de la ovulación, el moco vuelve a tener las características de pegajoso y pastoso o la mujer no nota moco cervical hasta después de la siguiente menstruación.

Para usar este método, la mujer debe observar sus secreciones cervicales diariamente, cada vez que vaya al baño. También debe poner atención a la sensación vaginal (resequeidad o humedad). Al final del día debe registrar sus observaciones en una gráfica. Igualmente debe tomar una clase para poder interpretarla.

- c) Método sinto-térmico: Este es sólo una combinación del método de temperatura basal con el moco cervical, su principal ventaja es que da mayor información a la pareja para detectar el período fértil.
- d) Método del ritmo o calendario: Consiste en llevar a cabo contactos sexuales únicamente en la época infértil de la mujer, de acuerdo con su ciclo menstrual. Evitando así tener contacto sexual los 5 o 7 días anteriores a la ovulación, ni los 5 o 7 días posteriores.

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

- e) Coito interrumpido: Es la interrupción del contacto sexual antes de que el espermatozoide sea depositado dentro de la vagina, es decir, el semen se descarga fuera de los genitales femeninos. Su mayor problema es que requiere un alto control emocional, lo cual es muy difícil para un adolescente y es poco confiable ya que pueden salir espermatozoides en líquido que producen las glándulas de Cowper; adicionalmente no evitan el contagio de EST.
- f) Método de la lactancia y amenorrea(MELA): Puede utilizarse la lactancia por un tiempo limitado, unos seis meses después de haber tenido un hijo al que está amamantando. En este método es necesario que la madre este amamantando regularmente al niño, día y noche, sin dejar de amamantarlo períodos largos y sin suplir regularmente con otros alimentos o bebidas. Si ha comenzado a menstruar no puede continuar con este método.
- Durante la lactancia la glándula hipófisis segrega una gran cantidad de prolactina, que provoca la inhibición de la ovulación. La lactancia produce un estado de anovulación por un periodo durante el cual la fecundación es imposible, de modo que se evita el embarazo. (Aguilar et al, 1998)

Vasectomía y Salpingoclasia

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

Ante todo es muy importante dar información e instrucción preoperatoria al hombre que se va a someter a la intervención. Es necesario hablarle de las posibles molestias, de cómo debe cuidar la herida, medicamentos y cuando reanudar el trabajo y la actividad sexual.

Después de la vasectomía el hombre necesita tener al menos 20 eyaculaciones o dejar transcurrir un periodo de tres meses para que el semen deje de tener espermatozoides y luego de lo cual podrá tener relaciones sin necesidad de utilizar otro método anticonceptivo. Para mayor seguridad, es necesario realizar un conteo de espermatozoides a fin de asegurarse de que el semen ya no los contiene.

La salpingoclasia es una técnica que se logra mediante la oclusión permanente de las trompas uterinas, lo cual impide el paso de los óvulos. Esta intervención quirúrgica requiere hospitalización, no afecta la vida sexual de la mujer y es recomendable se la practique cuando crea que ya tiene los hijos que desea.

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

Aunque contar con información es importante, no es suficiente, ya que no serviría de nada que los adolescentes sepan todo lo antes mencionado, si no lo ponen en práctica y esto va de la mano con la actitud que se tiene en torno a todos los problemas en materia de salud sexual y reproductiva que tiene los(as) adolescentes, desde los pensamientos erróneos de "a mí no me va a pasar" hasta "eso no es cierto, no es tan grave" es de aquí que nace mi propuesta para poder brindar toda esta información a la población adolescente mediante

técnicas diferentes que permitan interesarlos y permitan que se apropien del conocimiento y lo pongan en práctica. De las cuales se hará referencia en el siguiente capítulo.

CAPITULO 6

EL TALLER COMO UN INSTRUMENTO PARA LA REFLEXIÓN.

6.1 El taller como un instrumento para la reflexión.

La operación de un taller de salud sexual y reproductiva permite hacer llegar a los(as) adolescentes información fidedigna con relación a éstas, lo que favorece el que puedan vivir su sexualidad de manera sana y responsable; eliminando aspectos que afectan o degradan la sexualidad como la morbosidad, los mitos y tabúes, logrando con esto que los(as) adolescentes traten estos temas con naturalidad y sin temor.

Pero que es un taller en sí, un taller se define como "Una unidad didáctica. La cual sirve como instrumento de acción, como guía dúctil, que apoya tanto al alumno como al docente, en el proceso de enseñanza- aprendizaje, es decir, en un taller interviene una acción protagónica por parte de los individuos, en el "aprender haciendo", además de tener una acción libre, responsable, placentera y enriquecedora". Así mismo puede ser definido como una herramienta mediante la cual se lleva a cabo el proceso enseñanza- aprendizaje de una forma dinámica y que ayude al individuo a desarrollar habilidades. (Lespada, 1989)

6.1.1 Tipos de taller

Los talleres se clasifican en función de ciertos aspectos:

1. Según ingreso, permanencia y egreso de los participantes.
2. Según la edad del participante.
3. Según la técnica pedagógica elegida.

De acuerdo a la primera clasificación (Según ingreso, permanencia y egreso de los participantes), los talleres pueden ser **abiertos o cerrados**. Se le llama **abiertos** cuando los integrantes del grupo ingresan, permanecen y egresan cuando ellos los desean o creen conveniente, esto puede traer desventajas ya que en aquellos participantes que aun

necesitan de un grupo más o menos estable pueden darse dificultades de interrelación; exige mayor preparación por parte del conductor y puede ser un factor de desorientación en el alumno por la variación del campo.

El **taller cerrado** es aquel en que los participantes que inician son los que permanecen hasta el término del taller, evitando que cambien o dejen el taller o que alguna persona se inscriba una vez iniciado el grupo. Facilitando la interacción grupal y la maduración individual, reduciendo a la vez el nivel de inseguridad y ansiedad. El problema que puede presentar es el irse convirtiendo en una clase tradicional. Existe un tercer tipo de taller y es el **mixto** el cual combina los dos anteriores, por lo que suele ser más recomendable.

Los talleres clasificados según la edad del participante pueden ser **horizontales o verticales**. El primero se organiza con individuos de la misma edad y en el vertical los participantes son de edades diferentes, con un proyecto de actividades específicas y concentradas en una sola área o materia.

La clasificación de acuerdo a la técnica pedagógica elegida, da paso al **taller de actividades orientadas**, en este tipo de taller el participante va a asistir para realizar determinada actividad dirigida por un conductor que orienta la acción, selecciona, ordena y planifica con los participantes el taller, organizándolo basándose en un área o materia; aquí el facilitador conduce, vitaliza, estimula y evalúa dudas. (Díaz de León, 2000)

6.1.2 Objetivos de un taller.

De acuerdo con Lespada(1989) los objetivos de un taller son los siguientes:

- ❖ Favorecer el enriquecimiento paulatino, integral y armónico de la personalidad de todos los participantes, en el marco de una acción protagónica, creativa y placentera.

- ❖ Orientar a través de esta acción educativa personalizada, la expresión trascendente de lo individual y supraindividual.
- ❖ Contribuir a la formación de actitudes positivas hacia la educación permanente y la utilización placentera del tiempo libre, incluyendo la totalidad de la vida como tiempo y espacio educativos.
- ❖ Propiciar la canalización del impulso y la alegría creadora y el uso sistemático del pensamiento divergente facilitando la integración con el pensamiento convergente(el pensamiento divergente se refiere a las ideas o pensamientos de cada individuo sobre algún tema en particular, que puede contraponerse con los de otros individuos. El pensamiento convergente se refiere a los pensamientos que parten de varios individuos, para ser discutidos y posteriormente llegar a un mismo pensamiento)
- ❖ Posibilitar la utilización de múltiples canales de comunicación que faciliten el acceso a la identidad personal y la confirmación de la identificación grupal.
- ❖ Incentivar el ejercicio del espíritu crítico con respecto a las propias acciones y a la decodificación de la realidad.

El saber cuales son los antecedentes de un taller permitirá dar estructura y un manejo adecuado a cualquier programa educativo, en este caso a un programa de educación sexual y salud reproductiva.

6.2 Elaboración de un programa de salud sexual y reproductiva.

Los países en vías de desarrollo se enfrentan a graves problemas en el terreno educativo, siendo estos originados fundamentalmente por el desequilibrio existente en la rapidez del cambio entre la educación y los otros sectores del sistema social prevaleciente. Pretendiendo aminorar estas diferencias en los últimos años, ha surgido la llamada "Tecnología educativa", la cual es un proceso integrado que incluye personas, procedimientos, ideas, materiales y organización para analizar problemas y planificar, aplicar evaluar y administrar soluciones a los

problemas relacionados con todos los aspectos del aprendizaje humano. Puede entenderse también como el conjunto de técnicas sistemáticas para organizar lógicamente actividades, conocimientos o funciones de manera que puedan ser permanentemente observados, comprendidos, transmitidos y/o modificados.

Parte fundamental de la tecnología educativa la constituye la instrumentación de programas. Dicho establecimiento requiere de un proceso racional que parta de la reflexión y análisis, mismos que al transformarse en actividad, nos ofrezcan la posibilidad de coordinar, integrar, agrupar y dar forma a decisiones según un grupo, espacio y momentos determinados ante una situación concreta; ya que la educación es el ejercicio de las decisiones individuales frente a las necesidades colectivas. (Monroy, Guadarama Torres, 1996)

La realización de un programa es dinámica por lo que deben constantemente ajustarse a los requerimientos del momento, ser constantemente modificados y enriquecidos con base a las experiencias obtenida en su aplicación.

La tecnología educativa ha planteado diferentes etapas para la implementación de un programa y éstas son:

1. Análisis de fundamentos.
2. Determinación de objetivos.
 - a. Generales.
 - b. Específicos.
3. Agrupación de objetivos y estructuración del programa.
4. Selección de los métodos y medios de aplicación.
5. Evaluación.
6. Retroalimentación.

6.2.1 El conductor de grupos de adolescentes

Para informar, orientar y educar a los adolescentes en el área de la sexualidad es necesario precisar metas a largo y corto plazo y a partir

de ellas, tomando en cuenta el tiempo disponible es necesario seleccionar el método o estrategia a seguir para lograr dichos objetivos.

Los diferentes métodos de la sexualidad deben ser tratados tomando en cuenta que no sólo se toca el área intelectual del ser humano sino que se involucran aspectos emocionales e íntimos, cuestionando valores, normas y creencias sobre las que se han establecido las relaciones entre personas del mismo y diferente sexo.

Este último hecho complica el empleo de las técnicas unidireccionales de la transmisión de conocimiento, pues los adolescentes pueden estar recibiendo la misma información sexual a través de libros, folletos y conferencias, pero asimilándolas de modo diferente. La aclaración de dudas, la confrontación de ideas valores y sentimientos se ve obstaculizada; ya que no se sabe si la información fue comprendida, si ocasionó un conflicto emocional, si llenó lagunas previas del conocimiento o bien si involucró alguna conducta por parte del adolescente de la cual él o ella desearía discutir más profundamente.

Por tanto, los folletos, películas, videos, libros, etc. son excelentes auxiliares didácticos pero deben ser complementados con otras técnicas participativas que faciliten la discusión la aclaración de dudas, la confrontación de mitos y tabúes, de valores, de normas, de sentimientos; ya que de este modo se involucre el nivel cognoscitivo pero también el afectivo del aprendizaje. (Monroy, 1990)

El manejo de un grupo en proceso de reflexión no es sencillo, requiere de un conductor que sea un facilitador de la ratificación o rectificación de las bases sobre las que se ha establecido la conducta de los años iniciales de la vida, los cuales son cruciales en toda persona, lo que ocasionará el encuentro con un sinnfin de obstáculos conscientes e inconscientes (bromas, inquietudes, salidas continuas, diálogos secretos, expresiones de aburrimiento, agresiones, etc.).

Por lo anterior se puede decir que el conductor de grupos en el proceso de la orientación sexual debe poseer características esenciales

ya que no sólo debe cubrir un temario específico en un tiempo determinado, sino que será quien asumirá un liderazgo en organizar la actividad, sistematizar e integrar las aportaciones de todos y cada uno de los participantes, logrando una síntesis del conocimiento y las conclusiones. Debe saber facilitar una atmósfera informal de apertura, confianza y respeto, a modo de promover la participación de todos y cada uno de los participantes. Debe conocer el tema y las bases técnicas de la educación de la sexualidad, sin que ello implique que en ocasiones no pueda contestar una pregunta, ya que la sinceridad de reconocerlo y comprometerse a traer una propuesta apropiada para otra sesión puede proporcionarle mayor reconocimiento que si trata de evadir o contestar sin seguridad.

En general debe llevar al grupo, a pesar de las divergencias y posiciones de los miembros hacia el cumplimiento de los objetivos enseñando a respetar las opiniones de otros, a tolerar conflictos, a cuestionar lo propio para poder plantearse nuevas posiciones y por ende nuevas alternativas.

6.2.2 Los grupos de adolescentes

Cuando se habla de grupos de adolescentes, es necesario tomar en cuenta las características típicas de esta etapa como son: la rebeldía a la autoridad, búsqueda de autonomía e independencia, búsqueda de su propia escala de valores, formación de grupos, lenguaje, vestuario, modales típicos de su "subcultura", etc.

Debido a eso se recomienda que se trabaje con ellos mediante técnicas afectivo participativas que faciliten su involucramiento afectivo-cognoscitivo, canalicen su energía sin agredir su autonomía e independencia evitando así que confronten a la autoridad. Por ejemplo: grupos de reflexión, phillips 66, discusión de grupos, corrillos, investigación participativa, sociodramas, discusión de una película, una canción o una telenovela, etc. (Monroy, 1990)

La exposición debe ser una técnica sólo utilizada cuando realmente es necesario y debe ser apoyada por medios audiovisuales vistosos, sencillos, claros; cuidando que no sean impactantes como puede ser en el caso de material de enfermedades sexualmente transmisibles.

El conductor del grupo de adolescentes debe estar al día en cuanto películas de moda, la música. La literatura que ellos prefieren, ya que sus ejemplos pueden ir alrededor de dichos temas y así lograr captar su interés.

En el siguiente apartado se describirán algunas de las técnicas más útiles para la transmisión de conocimiento, confrontación o reforzamiento de actitudes o que simplemente facilitan la expresión de los adolescentes.

6.2.3 Técnicas recomendables en el trabajo con grupos de adolescentes.

Técnica de conferencia

Se trata de una técnica extremadamente formal que permite la presentación de información completa y detallada sin interrupciones. Tiene la ventaja de ser un método rápido, donde el control puede ser rígido pues está completamente en manos del expositor.

Para que la conferencia sea exitosa requiere de un alto grado de competencia por parte del expositor y de gran nivel de cooperación por parte del auditorio. Esta técnica se utiliza cuando la información debe presentarse proveniente de un experto, de una manera formal, rápida continua y directa. La conferencia identifica problemas y es capaz de explorar sus soluciones, estimulando al grupo a leer y analizar. En otras situaciones sirve para divertir o entretener al auditorio por medio de un expositor de muy buenas aptitudes o muy experimentado. El expositor a su vez, se vale de la conferencia para transmitir y compartir además sus experiencias con el resto del grupo.

La conferencia puede resultar engañosa ya que en muchos casos la exposición verbal puede ser interesante e informativa pero no esta

relacionada con los intereses del grupo. Cuando los temas tratados son demasiados abstractos, se requiere de una habilidad por parte del expositor y del auditorio.

Esta técnica no se considera como óptima si se le quiere aplicar como método didáctico ya que la mayor parte del auditorio responde pobremente a ella y es difícil de medir de una manera objetiva los efectos del discurso sobre el grupo de adolescentes. (González, Monroy y Kupferman, 1994)

Técnica de discusión de grupos pequeños.

Consiste en el intercambio mutuo de ideas y de opiniones entre los integrantes de un grupo relativamente pequeño. Esta técnica permite el máximo de acción y de estimulación recíproca entre los integrantes, en donde se otorgan responsabilidades para que todos participen en las diferentes actividades. Los integrantes son enseñados a pensar como grupo y a desarrollar un sentido de igualdad. Por ello es muy recomendable con adolescentes.

Mediante este método es posible establecer situaciones que favorecen la conducción de grupos; se brinda la oportunidad a cada participante de ampliar sus puntos de vista, así como de obtener comprensión y cristalizar sus pensamientos. Para lograr esto, es necesario que todos los miembros escuchen atentamente, razonen, reflexionen y participen.

Esta técnica puede utilizarse para identificar o explorar (o ambas) las preocupaciones, diversos tópicos de discusión o problemas mutuos, proporcionando apreciación y comprensión para ellos.

El método de discusión es útil también para proporcionar y difundir información y conocimiento, al mismo tiempo, motivar al grupo a actuar y a cristalizar el propio pensamiento. Una vez logrado esto, esta técnica ayuda a la formación de la opinión y al consenso del grupo. Cuando es necesario desarrollar una atmósfera de grupo, es de gran

utilidad ya que a su vez alienta y estimula a los miembros a aprender más sobre sus problemas e ideas.

Existen algunas advertencias que deben ser tomadas en cuenta al aplicar la técnica de discusión en un grupo: s necesaria la existencia de un problema en común que haya que resolver y que los resultados de dicha discusión estén relacionados directamente con los participantes. En los grupos de discusión no hay ocasión para tener ideas secretas, por lo que cada integrante debe estar dispuesto a compartir información. También es necesario un pensamiento objetivo y organización en la discusión de los problemas, por lo que es importante recalcar la necesidad de saber escuchar. Por último la elección del conductor debe estar basada en su capacidad y experiencia en trabajos con grupos. El conductor debe saber controlar adecuadamente las intervenciones de cada miembro para mayor eficacia de la técnica. (González y Col. 1994)

Técnica de dramatización

Esta técnica se refiere a la interpretación "teatral" de un problema o de una situación en el campo general de las relaciones humanas. Se trata de un método que por sí mismo crea informalidad, es flexible, permisivo y facilita la experimentación, estableciendo una "experiencia común" que puede emplearse como base para la discusión.

Desde el punto de vista psicológico, alienta la participación de los miembros del grupo liberándolos de inhibiciones, ayudándolos a expresar y proyectar sus sentimientos, actitudes y creencias.

La dramatización es fácil de planear pero exige gran habilidad en su aplicación real. Puede elegirse para proporcionar datos inmediatos y empíricos sobre relaciones humanas comunes a todo el grupo, logrando una indagación más profunda que los métodos convencionales. Asegurar el máximo de compenetración psicológica e

identificación con un problema y así aumentar la participación del grupo.

También sirve para ensayar las sugerencias o soluciones postuladas como un caso hipotético que puede semejar mucho a una situación de la vida real, llevando a un grupo, a través de una serie de etapas, a un problema complejo de relaciones humanas. La atmósfera grupal se convierte en una atmósfera de experimentación y de creación potencial.

Esta técnica puede ser muy útil cuando existen problemas de comunicación con el grupo pues al despersonalizar la situación problemática y hacer abstracción de las personas involucradas muestra y enfoca una faceta única y concreta de un problema, permitiendo mayor libertad de discusión.

Este método alivia tensiones y permite "descargas psicológicas" de los integrantes, al mismo tiempo que enseña a comprender y desarrollar aptitudes fuera de las situaciones de la vida real. Esta labor permite dramatizar las soluciones alternativas de un problema y proporciona a los(as) adolescentes oportunidades para desarrollar su comprensión al colocarse en el lugar del otro.

Otra ventaja que presenta es que permite a los adolescentes la oportunidad para que representen sus propios problemas, existiendo la posibilidad de comprenderlos mejor al presentarlos de una forma más dramática.

Como se puede ver esta técnica ofrece muchas ventajas, pero es importante tomar en cuenta algunos puntos que facilitan su éxito. La dramatización debe iniciarse con situaciones relativamente sencillas, objetivos claros y caracterizaciones definidas; a pesar de esto la dramatización no es más que un medio para llegar a un fin, si se abusa de ella, el grupo corre peligro de convertirse en una sociedad teatral de aficionados y la meta original del grupo queda distorsionada.

El elemento más importante de la dramatización es la espontaneidad por lo que se recomienda evitar una estructura

demasiado rígida. Si se decide utilizarla debe verse si la madurez del grupo permite llevarla a cabo, ya que la dramatización invade frecuentemente los sentimientos y problemas personales de las personas, además de que el conductor debe saber manejarla muy bien. (González y Col. 1994)

Técnica expositiva

Esta técnica se refiere la exposición oral de un tema, hecha por un experto ante un grupo. Puede ser usada para lograr objetivos relacionados con el aprendizaje de conocimientos teóricos o informaciones de diversos tipos.

Mientras el especialista expone el tema previamente escogido, la actividad de los participantes consiste en reflexionar sobre lo que escuchan, contestar preguntas que el expositor formula y posteriormente aclarar aquellos incisos que no hayan quedado comprendidos.

El experto puede facilitar la comprensión del material oral utilizando material didáctico como pizarrón, grabadoras, material audiovisual, fotografías, etc.

Los principales objetivos de esta técnica consisten en:

- a. Estimular la motivación de los participantes a lo largo de toda la sesión. Para lograrlo, el facilitador puede emplear preguntas en forma de preguntas en forma oportuna y conveniente.
- b. Proporcionar información y ejemplos suficientes con relación al tema.
- c. Verificar la comprensión de los conocimientos transmitidos, a través de preguntas.

Esta técnica permite abarcar contenidos amplios en un tiempo relativamente corto y al mismo tiempo facilita la comunicación de una información a grupos numerosos; sin embargo, se debe tomar en cuenta que su manejo no es indicado para que los participantes alcancen objetivos relacionados con el aprendizaje de habilidades o actitudes. Tratándose de grupos muy numerosos, la participación

puede resultar mínima pues la exposición tiene la desventaja de no permitir aprovechar las diferencias individuales y la comunicación oral es unidireccional. (Monroy, 1990 y González y Col. 1994).

Técnica de método de reunión en corrillos (discusión 66 o phillips 66)

Consiste en dividir cualquier grupo en otros más pequeños, de cuatro a seis integrantes, con le propósito de discutir o analizar un tema. Esta técnica se utiliza en ambientes informales y permite la participación de todos los presentes. De esta manera se estimula la reunión de las ideas dentro del grupo pequeño y por medio de la información inicial dada al grupo mayor, se facilita la comunicación y la participación de todos los integrantes.

Es una técnica rápida que alienta la división del trabajo y de la responsabilidad, al mismo tiempo que asegura la máxima identificación individual con el problema o tema tratado. Ayuda a los individuos a liberarse de sus inhibiciones para participar en un grupo pequeño aunque después pueda llegar a ser el protagonista principal. También logra aliviar la fatiga, el aburrimiento y la monotonía cuando las reuniones grandes tienden a estancarse.

Este método se utiliza, generalmente, al inicio de un programa, en donde se le da al grupo la oportunidad de informar acerca de sus intereses, necesidades, problemas, deseos y sugerencias. En el transcurso del trabajo grupal, este método es útil para aumentar la intervención de los integrantes.

Tiene limitaciones en cuanto a la diseminación de información, pues no puede dar resultados superiores al nivel de conocimientos y de experiencias de que disponen los individuos integrantes de los grupos. En esta técnica la limitación del tiempo es un rasgo esencial, pero si ella se acentúa demasiado, puede trabar la discusión o el análisis. También, el no hacer uso adecuado del material obtenido puede crear frustraciones entre los que han trabajado arduamente para producirlo. (Cirigliano, 1975)

Técnica de sociodrama

El sociodrama puede definirse como la representación dramatizada de un problema concerniente a los miembros del grupo, con el fin de obtener una vivencia más exacta de la situación y encontrar una solución adecuada. Se utiliza para presentar situaciones problemáticas, ideas contrapuestas, actuaciones contradictorias, para luego suscitar la discusión y la profundización del tema. Es de gran utilidad como estímulo, para dar comienzo a la discusión de un problema, caso en el cual es preferible preparar el sociodrama con anticipación y con la ayuda de un grupo previamente seleccionado.

Otro uso del sociodrama se refiere a la profundización de temas previamente tratados, con el fin de concretar en situaciones reales las ideas, las motivaciones y los principales temas de discusión. La presentación teatral deja la inquietud para profundizar más en nuevos aspectos.

Al utilizar esta técnica el grupo debe tener presente que el sociodrama no es una comedia para hacer reír, ni una obra teatral perfecta; asimismo, no debe presentar la solución al problema expuesto. Las presentaciones deben ser breves y evitar digresiones en diálogos que desvíen la atención del público. (González y Col. 1994)

A partir de esto se puede decir que cualquiera de las técnicas antes mencionadas pueden ser completadas con ideas y experiencias por parte del conductor del grupo y del grupo mismo, de igual modo pueden combinarse para obtener mejores resultados, sin olvidar nunca que dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje en la orientación de la sexualidad, la unión de sentimientos y pensamientos se hace indisoluble y tanto conductor (facilitador) y el(la) adolescente aprenden juntos, asimismo se permite la retroalimentación que ayuda a mejorar día a día los programas que se ofrecen a los adolescentes con relación al cuidado de su salud sexual y reproductiva, permitiendo que sean más dinámicos y por lo tanto más llamativos para esta población.

CAPITULO 7

MÉTODO

7.1 Planteamiento del problema

Durante la adolescencia existen muchas dudas e inquietudes alrededor de la sexualidad, desafortunadamente mucha de la información que manejan los jóvenes en esta etapa está deformada o bien es escasa, de ahí la necesidad de abrir espacios para que reflexionen y analicen cada una de ellas, esperando que esto promueva la prevención de embarazos no planeados, enfermedades sexualmente transmisibles, entre otros. Es así como surge la pregunta de investigación:

¿Cuál será el efecto de un taller de "Salud Sexual y Reproductiva" en el conocimiento y las actitudes hacia la sexualidad en un grupo de adolescentes?

Objetivo General. Investigar la eficacia de un taller de Salud Sexual y reproductiva dirigido a adolescentes para lograr un cambio en las actitudes y en su nivel de información hacia la sexualidad.

7.2 Hipótesis conceptual

Monroy(1994) refiere que el foco de atención en los adolescentes es el de la sexualidad ya que es sobre ésta que poseen innumerables preguntas, de igual manera se manifiesta la necesidad de implementar programas educativos (Talleres) donde los adolescentes, tengan la libertad de expresar sus inquietudes, se insiste en la importancia de emplear técnicas afectivo-participativas, para promover en los adolescentes el involucramiento afectivo-cognoscitivo, la canalización de su energía y respetar sobre todo su autonomía, la exposición se emplea sólo en casos muy necesarios. A partir de esto se considera que

la participación de los adolescentes en un taller de "Salud Sexual y reproductiva" tendrá un efecto positivo tanto en los conocimientos como en las actitudes hacia la sexualidad.

7.3 Hipótesis estadística

Hi. Existirán diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia la sexualidad en un grupo de adolescentes como efecto de su participación en un taller de "Salud Sexual y Reproductiva"

Ho No Existirán diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia la sexualidad en un grupo de adolescentes como efecto de su participación en un taller de "Salud Sexual y Reproductiva"

Hi. Existirán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de información que manejen los adolescentes acerca de la sexualidad como efecto de su participación en un taller de "Salud Sexual y Reproductiva"

Ho No Existirán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de información que manejen los adolescentes acerca de la sexualidad como efecto de su participación en un taller de "Salud Sexual y Reproductiva"

7.4 Variables

- o Variable independiente: Taller " Salud Sexual y Reproductiva".
- o Variables dependientes: Cambio de actitudes hacia la sexualidad y nivel de información acerca de temas de sexualidad.

7.4.1 Definiciones conceptuales.

- **Taller:** Juan Carlos Lespada(1989) define taller como "una forma, un camino, una guía flexible, dúctil, enriquecedora para la persona y el grupo, fundamentada en el aprender

haciendo por placer y la activación del pensamiento por propia convicción necesidad y elaboración".

- **Actitud:** Summers (1976) refiere que el concepto de actitud se utiliza para denotar la suma total de inclinaciones, sentimientos, prejuicios, distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico.
- **Actitud hacia la sexualidad:** Vázquez(1997), considera que éstas se van formando primeramente por la influencia de la familia y conforme avanza el desarrollo de la persona y como ésta interactúa con su medio. Frazier (1949) citado por Vázquez (1997) toma en cuenta cinco puntos básicos sobre la formación de las actitudes hacia la sexualidad en un individuo y son: la familia, la cual transmite a los niños el prototipo cultural del grupo o clase a la que pertenecen, la cultura del grupo, la posición social de la familia, el grado de participación del individuo en el grupo, que determina la influencia que ejerce éste sobre sus actitudes y las películas, revistas y otros medios de comunicación.
- **Nivel de información:** Grupo de conocimientos fidedignos y válidos que maneje el adolescente relacionados a la sexualidad.

7.4. 2 Definiciones operacionales.

- **TALLER:** Consistió en 8 sesiones de 2 ½ a 3 horas de duración, en cada sesión se aplicaron diferentes técnicas como: discusión de grupos, Phillips 66, sociodrama, rol playing, análisis de películas, debate y discusión, exposición, entre otras. Igualmente se utilizaron diferentes dinámicas grupales para fomentar la confianza e integración dentro del grupo. (Ver ANEXO 1)

- **Actitudes hacia la sexualidad.** Se midieron mediante una escala de actitudes de 57 reactivos hacia la sexualidad y el SIDA, según el protocolo de Alfaro(1991).
- **Nivel de Información:** Se midió a través del cuestionario de evaluación, presentado por Susan Pick De Weis y colaboradores (1995) en el libro "Planeando Tu Vida". Que explora los conocimientos acerca de la fisiología del cuerpo humano, conocimiento de métodos anticonceptivos, información acerca de Enfermedades Sexualmente Transmisibles., etc.

7.5 Tipo de Investigación

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, de campo y transversal. Descriptivo, ya que "pretendió estudiar a las personas que viven en una comunidad, su distribución de edades, su nivel educacional; así mismo, estudiar la proporción de personas que asumen determinada actitud o punto de vista, tratando de predecir el comportamiento de las personas", (Pick, S. y López, A. 1979). De campo, porque se realizó en el medio natural que rodea al individuo y transversal ya que nos interesó el fenómeno en el presente.(Hernández, R., 2001)

7.6 Diseño

Se trató de un diseño pretest – postest con un solo grupo. Una vez elegido el grupo se le aplicó una escala de actitudes hacia la sexualidad y SIDA, así como también un cuestionario de información enfocado a los mismos tópicos (pretest), posteriormente se realizó el taller de "salud sexual y reproductiva " :

Al finalizar el taller nuevamente se les aplicó los instrumentos (post-test).

O1	X	O2
----	---	----

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

7.7 Muestra

Se obtuvo de la población adolescente que acude a consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Infantil " Dr. Juan N. Navarro", una muestra de 16 sujetos, de ambos sexos cuyas edades oscilaron entre los 14 y 18 años. Siendo una muestra no probabilística ya que la elección de los miembros del grupo no dependió de la probabilidad, sino sólo de aquellos sujetos que respondieron a la invitación al taller y cumplían con los criterios de inclusión que se habían establecido (Hernández, R. 2001).

7.7.1 Muestreo.

Para fines de la investigación el muestreo fue propositivo, no probabilístico con sujetos voluntarios, es decir que se les hizo la invitación y se integraron al grupo sólo aquellos que accedieron a ésta, de igual manera la muestra no represento a toda la población ya que se trata de un estudio para una población específica.

7.7.2 Criterios de inclusión.

- a) Pacientes que acudan a consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".
- b) Que sean adolescentes de ambos sexos, cuya edad oscile entre los 14 años y los 18 años.
- c) Que muestren verdadero interés por participar en el taller " Salud Sexual y Reproductiva"
- d) Que cuenten con la autorización de sus padres o tutor por escrito para poder participar en el taller.

7.7.3 Criterios de eliminación.

- a) Se dará de baja a aquel participante que tenga más de 2 faltas consecutivas.
- b) Se prescindirá de la participación de aquel sujeto que muestre conductas disruptivas dentro del taller.

- c) Se eliminará a aquel sujeto que por iniciativa propia o de los padres o tutor desee abandonar el taller.

7.8 Instrumentos

Se utilizó el instrumento elaborado y aplicado por Alfaro(1991) de actitudes hacia la sexualidad y actitudes hacia el SIDA , más el cuestionario de Evaluación del libro "Planeando tu Vida" de Susan Pick de Weiss, et.al.(1995).

El instrumento elaborado por Alfaro(1991), mide las actitudes a través de una escala tipo Likert. La primera versión del instrumento de actitudes hacia la sexualidad se conformó por 62 reactivos estructurados en forma de afirmación. El 50% de los reactivos eran positivos y el resto negativos. Cada reactivo tiene cinco alternativas de respuesta(totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo).

Los reactivos se construyeron de acuerdo a los siguientes factores: masturbación, virginidad, relaciones sexuales premaritales, aborto, embarazo y anticonceptivos. El instrumento cuenta adicionalmente, con preguntas abiertas que exploran si los adolescentes han tenido o no relaciones sexuales, la frecuencia con las que las han tenido, si usan o no anticonceptivos y la clase de anticonceptivos que utilizan. Debido a que está información también se obtiene del cuestionario de Susan Pick, se omitieron para evitar repetir constantemente esta información.

La escala de actitudes hacia el SIDA(Alfaro 1991) se elaboró originalmente con 60 reactivos, también un 50% de ellos positivos y el resto negativos.

Los reactivos se construyeron de acuerdo a los factores de control y prevención del SIDA, miedo a contraer la enfermedad, enfermos de SIDA, poblaciones de alto riesgo de contraer SIDA.

Ambos instrumentos se pilotearon con adolescentes de 15 a 20 años, 25 mujeres y 25 hombres, los datos obtenidos se analizaron mediante la prueba t, la cual se utilizó para examinar la capacidad

discriminativa de cada reactivo, tanto del instrumento de sexualidad como del de SIDA, de esta forma se seleccionaron los reactivos más representativos, cuya probabilidad era menor o igual a 0.05 (Alfaro,1991).

A partir de estos resultados se formaron los dos instrumentos, los cuales se aplicaron a 480 adolescentes(240 hombres y 240 mujeres) entre 15 y 20 años de la Escuela Nacional Preparatoria, para poder así obtener la confiabilidad y la validez de los instrumentos. (Alfaro, 1991)

Quedando finalmente 32 reactivos en la escala de sexualidad y 25 reactivos en la escala d SIDA. (Anexo 3)

Los reactivos del cuestionario de Evaluación del libro "Planeando tu vida " de Susan Pick de Weiss, et.al. (1995), fueron diseñados y validados en adolescentes de nivel socioeconómico bajo y medio de la Ciudad de México por IMIFAP. Los reactivos se refieren a actitudes y conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción. El cuestionario está conformado por 99 preguntas, algunas de ellas se descartaron ya que exploran temas que no se contemplaron dentro del taller "Salud sexual y reproductiva".Quedando entonces 60 preguntas, de las cuales de la 40 a la 60 se utilizaron para obtener el nivel de información que los adolescente manejaban sobre sexualidad y anticoncepción. (Ver Anexo 2)

Las claves de respuestas correctas para estas preguntas son la siguientes:

40.C	45.C	50.SI	55..SI	60. NO
41. B	46.B	51.No	56 NO	
42.A.	47.D	52SI	57. NO	
43.D	48.A	53.SI	58. SI	
44.B	49C	54Si	59NO	

7.9 Escenario

Las entrevistas para la selección de los adolescentes se llevaron a cabo en uno de los consultorios del área de consulta externa de la clínica de la Adolescencia del Hospital Psiquiátrico Infantil "DR. Juan N. Navarro" de la Secretaría de Salubridad y Asistencia(SSA), ahí mismo se aplicó el pretest. El Taller "Salud Sexual y Reproductiva" se realizó en la cámara de Gessell del pabellón de Adicciones de la misma institución, la cual contaba con sillas movibles y con suficiente espacio, lo que permitió trabajar en torno a un círculo y así todos y cada uno de los participantes pudieran observarse evitando una posición vertical por parte de la conductora de grupo.

7.10 Procedimiento

En primer lugar se les comunicó a los adolescentes que acudían a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", específicamente de la clínica de la adolescencia que se llevaría a cabo una investigación, se les explicó en que consistía, invitándolos así a participar en ella. A todos aquellos que accedieron participar se les pidió se presentaran con su padre o tutor, con el fin de que éstos últimos firmaran una carta de aceptación que daba fe de la disposición de participar en la investigación, dicha hoja fue anexada al expediente clínico de cada paciente.

A este llamado se presentaron alrededor de 36 adolescentes de ambos sexos, se les dio una cita antes de dar inicio con el taller, con el fin de aplicarles los instrumentos(pretest), al finalizar la aplicación se les otorgó el temario y la fecha de inicio; a la entrega de éste, se resolvieron todas las dudas que tanto padres como hijos tuvieron de los temas que se iban a abordar.

De los 36 adolescentes con los que se contaba al inicio sólo quedo un grupo de 16 a partir de la segunda sesión, debido a la sugerencia que hizo a los padres un miembro del departamento de psicología del Hospital Psiquiátrico Infantil, que consideraba poco

conveniente el que los muchachos continuaran con el taller, ya que los temas le parecían no aptos para adolescentes.

El taller consistió en 8 sesiones de 3 hrs. 2 veces por semana en un horario matutino (de 9:00 a.m a 12:00 p.m), sin embargo este horario se modificó a partir de la 4 sesión debido a problemas de espacio disponible en las instalaciones del Hospital. Por esta razón fue necesario espaciar a una vez por semana las sesiones teniendo así una duración total de 6 semanas cuando de origen se plantearon 4.

Al inicio del taller se dio la bienvenida a los adolescentes y se despejaron las dudas e inquietudes que tenían con relación a éste. Al finalizar cada sesión se invitaba a los muchachos(as) a comentar como se sentían y que pensaban de lo que habían visto y/o escuchado, de igual modo al término del taller se hizo una reflexión grupal acerca de las opiniones sobre el programa: que les había agradado y desagradado más. Finalmente se les citó una semana después del taller para la aplicación del postest, contando sólo con 16 adolescentes.

Durante el transcurso del curso se realizaron notas de expediente de cada paciente para informar especialmente la asistencia de los adolescentes y de su desempeño dentro del taller.

A continuación se presentarán brevemente los objetivos a alcanzar por sesión y en el Anexo 1 se puede encontrar el programa completo.

Sesión 1

Tema: Adolescencia y sexualidad.

Objetivo: Romper el hielo entre los participantes propiciando la interacción para finalmente lograr que los adolescentes fueran capaces de identificar las alternativas de conducta sexual más comunes en la 2ª fase de la adolescencia. Además de fomentar la discusión de ventajas y desventajas de cada una de ellas.

En esta sesión se les pidió que para la siguiente cita trajeran consigo un huevo al que pueden decorar y no dejar ni un solo instante aún fuera

del taller, y si llegaba a romperse no podían sustituirlo. Finalmente se abre un espacio para comentarios y sentimientos despertados durante la sesión.

Sesión 2

Tema: Salud sexual, anatomía y fisiología sexuales.

Objetivo: Los adolescentes serán capaces de explicar la anatomía y fisiología sexuales, así como los cambios más significativos durante la respuesta sexual. Para finalmente cerrar comentando la importancia de conocer las partes y funciones asociadas con la sexualidad humana de igual modo permitiendo la expresión de comentarios y sentimientos del grupo.

Sesión 3

Tema: Salud reproductiva, fecundación, embarazo, parto y puerperio.

Objetivo: Los adolescentes serán capaces de describir el proceso de la fecundación hasta el puerperio, de igual modo reconocerán las medidas preventivas pre y post natales para conservar la salud de la madre; haciendo hincapié de la edad más propicia para concebir un hijo, esto con el fin de dar pie al siguiente tema.

Sesión 4

Tema: Salud reproductiva. Embarazo en la adolescencia.

Objetivo: Fomentar una discusión en el grupo de todas las consecuencias biopsicosociales del embarazo adolescente, enfatizando cuales serían las condiciones óptimas para un embarazo. Al final se retoma el ejercicio del huevo que se había dejado desde la primera sesión haciendo una reflexión grupal de esa experiencia. (Ver Anexo 1).

Sesión 5

Tema: Salud sexual. Higiene en la mujer y en el hombre.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Objetivo: Discutir las medidas de higiene tanto en el hombre como en la mujer para conservar una adecuada salud sexual, enfatizando la importancia de ésta. Finalmente se lleva a cabo una reflexión grupal.

Sesión 6

Tema: Enfermedades sexualmente transmisibles. (EST)

Objetivo: Describir las características más importantes de las EST más comunes y el SIDA, resaltando la importancia de las medidas preventivas adecuadas. Se cierra la sesión con una reflexión del grupo.

Sesión 7

Tema: Salud reproductiva. Anticoncepción.

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

Sesión 8

Tema: Algunos tópicos sociales de la sexualidad.

Objetivo: Discutir el concepto de sexualidad desde un punto de vista amplio, expresando sus opiniones en relación con temas como el aborto, la prostitución, pornografía, paternidad responsable, entre otros. Para finalmente hacer una reflexión sobre todo el taller.

7.11 Análisis de datos.

La calificación del Pretest y Postest se realizó manualmente, registrando las respuestas en hojas de cálculo del paquete Excel de Microsoft. Mediante el cual también se realizó un análisis descriptivo de las variables a través de la obtención de medias, porcentajes y frecuencias en el Pretest y el Postest.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Posteriormente se empleó estadística inferencial mediante el uso de la prueba t para determinar si existieron diferencias estadísticamente significativas entre las medias del pretest y postest, después de la impartición del taller "Salud Sexual y Reproductiva" ; tanto en el cuestionario de información como en la escala de actitudes. Con un nivel de significancia del .05 y 30 Grados de libertad con un valor en tablas de t de 1.6973, este valor se obtuvo de la tabla 2 del apéndice 5 del libro de Metodología de la Investigación de Hernández Sampieri(2001)

En el caso de la escala de actitudes se llevo a cabo una comparación entre subescalas (Pre y Post-test) y posteriormente una comparación entre Items de cada escala (Pre y post-test).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 8

RESULTADOS

8.1 Datos generales y familiares de la muestra

La muestra estuvo conformada por 16 adolescentes, de los cuales 8 fueron mujeres(50%) y 8 hombres(50%), esto permitió tener una muestra equitativa que a pesar de ser pequeña ayudó a tener una visión más clara de las opiniones de ambos sexos. (Gráfica 1)

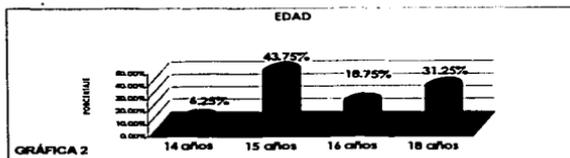


GRÁFICA 1

Las edades de los integrantes estuvieron dentro de un rango de 14 a 18 años, estas edades fueron seleccionadas debido a que es en este periodo en el que manifiestan más conflictos con los padres, conductas omnipotentes, mayor experimentación sexual, entre otras; lo cual hace que la muestra sea más significativa ya que muchas de las características mencionadas; son factores de riesgo muy importantes para que los adolescentes lleven a cabo un debut sexual más temprano y por lo tanto con muchas más complicaciones biopsicosociales. (Gráfica 2)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 2



En el rubro tipos de familia se encontró que La mayoría pertenecen a una familia funcional (N=8) y algunos casos de familias monoparentales (N=6); excepto dos integrantes uno vive sólo y una chica que vive en unión libre con su pareja.(Gráfica 3)



GRÁFICA 3

En cuanto a la ocupación de los adolescentes se encontró que la mayoría (N= 10) estudian de tiempo completo, 5 de ellos trabajan y estudian o bien sólo trabajan, junto con una que es ama de casa que sólo cuenta con 16 años¹; lo que refleja que tempranamente muchos

¹ El caso de esta chica de 16 años, fue de gran utilidad durante el taller, ya que en ese momento ella se encontraba en el octavo mes de embarazo, el cual no fue planeado, además de que era el principal motivo por el cual vivía con su pareja, su experiencia y el hecho de que la compartiera con el grupo, ayudó mucho que el resto de sus

de ellos están adquiriendo responsabilidades que no van acorde a lo esperado para su edad, ya que la mayoría de los que trabajan lo hacen para aportar dinero a sus casas o bien para sostenerse a sí mismos a pesar de vivir con sus padres. (Gráfica 4)

GRÁFICA 4



Por lo mismo encontramos que sus aspiraciones académicas son limitadas o no existen, lo que manifiesta que en general no existe una planeación a futuro ya que muchos no consideran importante contar con estudios, aunado a la falta de motivación por parte de la familia que a su vez cuenta con bajo nivel académico como se verá más adelante. (Gráfica 5)

GRÁFICA 5



En relación a la escolaridad de los padres la mayoría sólo cuenta con estudios básicos, sin embargo es notorio que son los hombres los

compañeros reflexionaron en relación al hecho de que nadie estaba a salvo de verse en una situación semejante.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que tienen un grado mayor de preparación, ya que es en este grupo donde se observa el mayor número de casos de estudios a nivel medio y superior. (Tabla 1)

TABLA 1

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES		
ESCOLARIDAD	MADRE	PADRE
No sabe	1	1
Analfabeta	1	
Primaria incompleta	1	3
Primaria	4	2
Secundaria	5	3
Preparatoria o equivalente incompleta	2	2
Preparatoria o equivalente		3
Licenciatura incompleta	2	
Licenciatura		2

Referente a la ocupación de los padres como se observa en la Tabla 2 , en general es el padre quien cubre las necesidades económicas de la familia ya que más de la mitad de las madres se dedican sólo al hogar, por lo que también es con las madres con las que los hijos pasan mayor tiempo. Cabe señalar que a pesar de que en el grupo de padres existían dos casos de licenciatura completa sólo uno se desempeña un trabajo en relación a lo que estudio, lo cual comentaban los integrantes del grupo "que caso tenía terminar una carrera si no encontrabas trabajo". por lo que sus aspiraciones eran menores a las de los padres en la mayoría de los casos y para ambos sexos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 2

OCUPACIÓN DE LOS PADRES		
OCUPACIÓN	MADRE	PADRE
No sabe		1
Comerciante	4	3
Empleado	3	9
Hogar	9	
Jubilado		1
Profesionista		1

Como se pudo observar en la tabla 1 y 2 existe un caso en el que se desconoce la escolaridad de los padres al igual que la ocupación lo que denota un escaso conocimiento de la familia por parte de este adolescente; de igual manera sólo se contemplan 15 padres esto se debe a que uno de ellos tenía 3 años de fallecido.

8.2 Información sobre actividad sexual, anticoncepción y riesgo de embarazo.

El 56% (N=9) del grupo contestó que actualmente sale con alguien y el 44% (N=7) no sale con nadie por el momento. El tiempo máximo de relación que han mantenido aquellos que refirieron tener pareja es de un año en un solo caso, la mayoría tienen pocos meses. En el caso de los chicos(as) que tenían una pareja y por diferentes motivos terminaron, no tienen más de 4 o 6 meses de no salir con alguien, lo cual es muy típico en la adolescencia donde los noviazgos son cortos pero constantes. (Tabla 3)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 3

RELACIÓN DE PAREJA(NOVIAZGO)		
Tiempo	De tener relación	De no tener relación
Menos de un mes	4	5
Cuatro a seis meses	1	2
Siete a doce meses	3	
Más de un año	1	

De los 16 adolescentes el 62%(N=10) son activos sexualmente, de los cuales 5 son mujeres y 5 son hombres, la edad de inicio fue más temprana en el caso de los muchachos(12 años); de cualquier modo en general el debut sexual es a corta edad en ambos casos, lo que implica mayores riesgos. (Tabla4)

TABLA 4

EDAD DE INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL		
EDAD / SEXO	MUJER	HOMBRES
12 años		1
13 años		1
14 años	2	2
15 años		1
16 años	3	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con relación a la frecuencia de los contactos sexuales que tienen los adolescentes, se observa que éstos no son constantes pero si se dan en mayor número en el caso de los muchachos; por lo general los que refirieron más de un encuentro sexual, no los llevaron a cabo con la misma persona, fueron de manera fortuita y en su mayoría no se dieron con su pareja en turno, ya que para muchos a la novia se le

"respeto", lo cual no ocurre con las mujeres, las cuales expresaron sólo hacerlo con su novio y con nadie más, lo que ejemplifica muchos patrones culturales típicos de nuestro país. (Tabla 5)

TABLA 5

FRECUENCIA DE ACTIVIDAD SEXUAL		
FRECUENCIA	MUJER	HOMBRES
Sólo una vez	1	1
2 veces a la semana	1	
1 o 2 veces al mes	1	2
3 veces o mas al mes	2	2

En cuanto a la percepción de riesgo de embarazar o embarazarse, el 80%(N=8) no consideraron que eso les pudiera pasar en su primera relación sexual y consecuentes; el 20%(N=2) si lo consideró. Demostrando así el característico pensamiento omnipotente adolescente de "a mi no va a pasar", lo que impide ver de manera clara la situación que están viviendo; o bien es el resultado de una deficiente comunicación de pareja, ya que la mayoría de las veces no se habla de anticonceptivos por temor a lo que el otro(a) puedan pensar de ellas(él) especialmente de ellas, dejando así la responsabilidad en el otro(a). (Gráfica 6)

GRÁFICA 6



Respecto al uso de anticonceptivos se encontró que de los 5 varones que aceptaron tener relaciones sexuales 4 de ellos utilizan algún método, en tanto que las 5 adolescentes activas sexualmente sólo 3 los utilizan. (Tabla 6)

TABLA 6

UTILIZACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS POR SEXO		
	MUJERES	HOMBRES
SI	3	4
NO	2	1

A continuación en la Tabla 7. se muestran los métodos que tuvieron más menciones por parte de los 10 adolescentes; donde prevalece el uso de métodos poco efectivos como el coito interrumpido, el ritmo o en su defecto no usar ninguno, lo cual ocurre en la mayoría de sus encuentros sexuales, resultando un tanto contradictorio, ya que hicieron varias menciones sobre el uso del condón, pero tal parece que sólo lo mencionan por ser lo que se espera que digan, más no porque realmente lo utilicen. Más de la mitad declaró que prefieren no usar condón o pastillas por el temor a ser descubiertos por la familia, poniéndose en un riesgo mayor, a pesar de que los hombres mencionan el uso del ritmo como método utilizado, cabe señalar que sólo uno de ellos pudo explicar en que consistía, los otros esperan que sean las mujeres quienes les indiquen si existe riesgo o no; prácticamente ninguno tenía conocimiento de las Pastillas Anticonceptivas de Emergencia (PAE) salvo una de las adolescentes, cuando se esperaría fueran más conocidas dentro de este grupo de edad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 7

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MÁS UTILIZADOS		
Método\# Menciones	Mujeres	Hombres
Ninguno	5	4
Coito interrumpido	2	3
Ritmo	1	3
PAE	1	
Condón	3	3
Pastillas	1	

En relación al uso de condón durante la primera relación sexual se observó que la mayoría tanto hombres como mujeres no lo utilizaron, lo que ratifica que a pesar de tener el conocimiento de que existe, no hacen uso de él. En el caso de los hombres dijeron no haberlo usado ya que las muchachas con las que habían estado eran vírgenes entonces "no tenía caso", en tanto las mujeres no lo usaron debido a que sentían pena de ser ellas quienes tomaran la iniciativa. (Tabla 8)

TABLA 8

USO DE CONDÓN DURANTE LA 1ª RELACIÓN SEXUAL		
	Mujeres	Hombre
SI	1	2
NO	4	3

Acercas del uso y tabúes acerca de la utilización de anticonceptivos se obtuvo información por medio del cuestionario de Susan Pick(1995), en el cual se presentaron preguntas con sólo tres opciones de respuesta(Si, No y No sé), donde se esperaba encontrar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

diferencias en las respuestas del pre y post-test, en este apartado se tomaron en cuenta las respuestas de los 16 adolescentes que formaban el grupo ya que el conocimiento y actitudes que tuvieron en relación a métodos anticonceptivos era independientes de si tenían o no actividad sexual; y los resultados son los siguientes.

A pesar de la gran difusión que existe en relación a métodos anticonceptivos se encontró que a la pregunta ¿Podrías conseguirlos? En el pretest son las mujeres quienes responden de manera positiva a diferencia de los hombres, pero uno de los obstáculos que mencionaron ambos sexos para obtenerlos es la pena de enfrentarse a los vendedores, lo cual se reflejó más en un ejercicio en el que se les pidió ir a una farmacia y comprar algún anticonceptivos y preguntarle al dependiente que anticonceptivo les sugería, ellos compartieron que su experiencia no fue agradable ya que no les dieron la información que pedían en principio por considerar que se trataba de un juego y en segundo por la edad ya que para muchos adultos es mal visto que un adolescente pida ese tipo de información. En el post-test se observó un cambio total en ambos sexos ya que finalmente ambos consideraron tener la capacidad para conseguir algún anticonceptivo. (Tabla 9)

TABLA 9

PODRIAS CONSEGUIR ANTICONCEPTIVOS					
PRETEST	Hombres	Mujeres	POST-TEST	Hombres	Mujeres
SI	5	6	SI	8	8
NO		1	NO		
NO SE	3	1	NO SE		

En el pretest tanto hombres como mujeres mostraron respuestas variadas en relación al costo de los anticonceptivos, la mitad de ellos o no sabia el costo o bien consideraban eran caros o difíciles de conseguir, ya que muchos de ellos desconocían que existen gran

variedad de métodos de bajo costo o bien instituciones donde son gratuitos y sobre todo para la población adolescentes, durante el taller se les brindo toda esa información la cual dio fruto en el post-test donde cambia su opinión radicalmente y de forma positiva, como se observa en la Tabla 10.

TABLA 10

SON FÁCILES DE CONSEGUIR LOS ANTICONCEPTIVOS					
PRETEST	Hombres	Mujeres	POST-TEST	Hombres	Mujeres
SI	2	2	SI	8	8
NO	3	4	NO		
NO SÉ	3	2	NO SÉ		
SON CAROS LOS ANTICONCEPTIVOS					
PRETEST	Hombres	Mujeres	POST-TEST	Hombres	Mujeres
SI	1	3	SI		1
NO	4	4	NO	8	7
NO SÉ	3	1	NO SÉ		

En tanto a la falsa idea de lo difícil que es poder utilizar un anticonceptivo si se está ya excitado al inicio del curso los muchachos(as) opinaban que sí lo era pero a pesar de que las respuestas se dividieron entre el sí y el No sé, se observó que el caso de las mujeres ellas consideran si poder controlar la situación y pensar en protegerse, e tanto los muchachos consideraban que era muy difícil debido al tabú de que si se detenían durante la fase de excitación posteriormente sufrirían dolores al igual que cuando no eyaculan, todos estos mitos se trabajaron durante el taller y de ahí que se observa un cambio total en las respuestas en el post-test. (Tabla 11)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 11

ES DEMASIADO TARDE USAR ANTICOCEPTIVOS SI SE ESTÁ EXCITADO					
PRETEST	Hombres	Mujeres	POST-TEST	Hombres	Mujeres
SI	2	2	SI		
NO	4	5	NO	8	8
NO SE	2	1	NO SE		

Durante las sesiones los muchachos(as) fueron expresando sus ideas acerca de el uso de anticonceptivos y es notorio la influencia que para algunos de ellos tienen sus creencias religiosas², las cuales indican que es antinatural el uso de anticonceptivos y que la mejor opción es la abstinencia, lo cual en el mejor de los casos sería lo ideal, pero la realidad es que los muchachos(as) están teniendo relaciones sin protección y en algunos casos con una gran culpa, en varias sesiones se locaban estos temas cuya finalidad era disminuir todas esas ideas que no favorecen a la salud integral de los adolescentes, lo cual se refleja en el resultado del post-test. (Tabla 12)

TABLA 12

Es pecado utilizar anticonceptivos					
PRETEST	Hombres	Mujeres	POST-TEST	Hombres	Mujeres
SI	3	4	SI		
NO	4	3	NO	8	8
NO SE	1	1	NO SE		

² En su totalidad pertenecen a la religión católica.

Está bien que se haga algo para evitar un embarazo					
PRETEST	MUJERES		POST-TEST	MUJERES	
SI	3	2	SI	8	8
NO	3	3	NO		
NO SÉ	2	3	NO SÉ		

En relación al tema de la maternidad en la adolescencia, llama la atención el hecho de que la mayoría de los integrantes del grupo contestaran en el pretest, que no les afectaría tener un bebé a esta edad, al igual que los haría sentir más contentos y menos solos, esto va muy de la mano con la experimentación sexual temprana, ya que para muchos(as) adolescentes especialmente para las mujeres la relación sexual viene a cubrir necesidades afectivas, de comunicación, afectividad, intimidad entre otros (Cruz, 1992); el tener un hijo las coloca en una posición diferente, de mas valor en la sociedad, ser madres es algo importante, al igual de que el hijo viene a llenar sus sentimientos de soledad, el problema que al solo pensar en eso se olvidan de todo lo que se viene con el hecho de ser madres. Al momento de tratar las consecuencias biopsicosociales de un embarazo adolescente muchos de ellos aceptaron no haber pensado en eso, en este momento también sirvió de mucho la presencia de la chica de 16 años embarazada que nos brindó su testimonio, lo cual permitió que cada uno reflexionara acerca del tema y los resultados de esta reflexión son notorios en el post-test. (Tabla 13)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 13

ACTITUD HACIA TENER UN HIJO EN LA ADOLESCENCIA					
Un bebé arruinaría tu vida ahora					
PRETEST	Hombres	Mujeres	POST-TEST	Hombres	Mujeres
SI	3	3	SI	7	7
NO	3	4	NO	1	1
NO SE	2	1	NO SE		
Un bebé te haría sentir más contento(a)					
PRETEST	Hombres	Mujeres	POST-TEST	Hombres	Mujeres
SI	4	6	SI	1	1
NO	2		NO	7	6
NO SE	2	2	NO SE		1
Un bebé te haría no sentirte solo(a)					
PRETEST	Hombres	Mujeres	POST-TEST	Hombres	Mujeres
SI	2	5	SI		
NO	2	1	NO	7	6
NO SE	4	2	NO SE	1	2

8.3 Comunicación con la pareja.

De los 7 adolescentes que habían informado que no mantenían una relación de pareja en ese momento (Ver Tabla 3), 4 de ellos decidieron contestar las preguntas que indagan sobre la relación de pareja, basándose en su experiencia anterior, por lo que son 13 miembros de la muestra los que están contemplados en esta sección de resultados.

En el Cuadro 1 se muestran algunas preguntas que se les realizaron a los muchachos(as) en relación a la facilidad que tienen para comunicar lo que piensan de su relación con su pareja y de que tan asertivos son o no. En el cuadro se puede observar que las mujeres muestran más facilidad para comunicarse verbalmente en

comparación con los muchachos, pero en general esta comunicación tiende a ser muy superficial ya que por ejemplo evitan el enojo, callando lo que los molesta del otro, de igual modo que no tratan directamente sus problemas de pareja (relaciones sexuales, anticonceptivos, abstinencia, etc).

Dificultad para hablar con la pareja después de una discusión			Te sientes nervioso(a) al hablar con tu pareja si está enojado(a)		
	Femenino	Masculino		Femenino	Masculino
Casi nunca	4	1	Casi nunca	2	3
Algunas veces	2	3	Algunas veces	4	2
Casi siempre	1	2	Casi siempre	1	1
Cuando tu pareja se equivoca se lo dices			Hablan sobre los problemas de su relación		
	Femenino	Masculino		Femenino	Masculino
Casi nunca	4	0	Casi nunca	3	4
Algunas veces	3	5	Algunas veces	3	2
Casi siempre		1	Casi siempre	1	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La información que se encuentra en la Tabla 14, ratifica lo antes mencionado en el cuadro 1, ya que pese a que 10 de los 13 adolescentes tomados en este segmento ya tienen actividad sexual, se observa que en su mayoría no hablan con su pareja sobre anticonceptivos y sobre todo sobre la responsabilidad de su uso, sólo existe una pequeña diferencia en el caso de las mujeres las cuales refieren que sí lo hacen, sin embargo los hombres se encuentran totalmente indiferentes al tema; y son ellos los que consideran que el cuidarse quita lo romántico a la relación, muchos de ellos declaran " que se pierde la emoción" en tanto la mayoría de las chicas del grupo consideran más romántico "que la pareja proponga que se cuiden" ya que para ellas eso es significado de que son importantes para esa persona, pero es sólo si él lo propone aún no hay una iniciativa por parte de la mujer.

TABLA 14

Has platicado de anticonceptivos con tu pareja		
	Hombres	Mujeres
SI		2
NO	6	5
NO SE		
Estas de acuerdo con tu pareja sobre quien tiene la responsabilidad del uso de anticonceptivos		
	Hombres	Mujeres
SI		3
NO	6	4
NO SE		
Cuidarse le quita lo romántico a la relación		
	Hombres	Mujeres
SI	5	2
NO	1	5
NO SE		

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8.4 Comunicación con los padres.

También se indagó acerca de como era la comunicación y la relación con los padres, ya que se considera que muchos de los problemas que se tienen en materia de sexualidad, tienen como origen la familia; a muchos padres en la actualidad les resulta difícil y en ocasiones imposible hablar con ellos acerca de la sexualidad. Temas que para ellos son difíciles, les temen o bien en el peor de los casos pero el más frecuente carecen de información; uno de los obstáculos más comunes es la falsa creencia de que informar es incitar a los adolescentes a hacer las cosas. A raíz de esto se les hicieron algunas preguntas a los muchachos(as) en relación a la comunicación que tienen con sus padres y los resultados fueron los siguientes.

En este segmento de resultados se tomaron en cuenta a los 16 adolescentes, se observó que los muchachos aceptaron llevarse mejor con la mamá ya que sus respuestas están en el margen de regular a bien, en tanto en las chicas llama la atención que dos de ellas contestaron tener una mala relación con ella, cabe señalar que uno de esos casos es el de la chica embarazada.

Ahora en lo que se refiere a si se acercan o no a la madre para contar sus problemas se notó que gran parte no habla con la madre y mucho menos de sexualidad, lo cual resulta alarmante ya que como se vio anteriormente 10 de ellos ya tiene actividad sexual. La mayoría de los muchachos(as) refirieron que algunos de los motivos por los cuales no hablan con la mamá acerca de su problema fue en primer lugar que no tienen tiempo, que están más ocupadas cuidando de la casa y los hermanos menores, suelen asustarse cuando les hacen preguntas acerca del sexo y en lugar de obtener una respuesta los bombardean con preguntas como ¿de dónde sacan eso?. ¿Quién se los dijo?, ¿dónde lo vieron?, etc. en general se observó un gran temor al rechazo o bien a ser juzgados por la madre, lo cual no favorece en nada, al desarrollo psicosexual de los muchachos(as).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Lo que resulta importante en esta situación es que a pesar de ser la madre con quien están más tiempo debido a que la mayoría de ellas se dedican al hogar la comunicación y confianza es muy poca. (Cuadro 2)

¿Cómo te llevas con tu mamá o sustituta?			¿Cuándo tienes problemas los platicas con tu mamá o sustituta?		
	Femenino	Masculino		Femenino	Masculino
Mal	2		No, nunca	3	3
Regular	3	4	A veces, depende	4	5
Bien	3	4	Sí, siempre	1	
¿Has hablado de sexo con tu mamá?			¿Cuánto has hablado de sexo con ella?		
	Femenino	Masculino		Femenino	Masculino
Sí	2	1	Nada	5	6
No	6	7	Poco	2	2
			Mucho	1	

Si la relación con la madre es deficiente con el padre lo es aun más, la mayoría acepta no tener una buena relación con él, evitan hablar de sus problemas con ellos especialmente de los más personales (amigos, noviazgos, gustos, etc) mucho de esto tiene su origen en el hecho de que ven al padre como la figura autoritaria que sólo llega por las noches después de trabajar a escuchar todo lo malo que los hijos hicieron en el día lo cual se notó más en los casos de familias funcionales donde la mamá pasa todo el día en la casa.

Si bien gran parte del grupo aceptó no platicar con ellos de sus cosas o bien de cosas hasta cierto punto superficiales, mucho menos hablan de sexo, especialmente las mujeres ya que aparte de la mala

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

comunicación, existe la barrera de la diferencia de sexo, muchas de ellas dieron como motivos para no hablar con sus padres³, el hecho de que como hombre no las entendería, que si llegaban a hacerlo nunca el papá las iba a dejar salir de la casa o bien que seguramente eran unas locas y que ya se estaban metiendo con cualquiera; en el caso de los muchachos las cosas cambian un poco ya que ellos mencionaron que cuando habían tratado de hacerlo sintieron como cierto agrado por parte del padre, ya que ya estaban empezando a ser "hombrecitos", pero que la única información que recibieron fue el simple hecho de decirles pues cuídate y no vayas a embarazarse a ninguna, eso fue lo que expresaron los 3 únicos casos masculinos que aceptaron haber hablado poco de sexo con sus padres. (Cuadro 3)

CUADRO 3

¿Cómo te llevas con tu papá o sustituto?			¿Cuándo tienes problemas las pláticas con tu papá o sustituto?		
	Femenino	Masculino		Femenino	Masculino
Mal	3	1	No, nunca	7	6
Regular	3	5	A veces, depende	1	2
Bien	2	2	Sí, siempre		
¿Has hablado de sexo con tu papá?			¿Cuánto has hablado de sexo con él?		
	Femenino	Masculino		Femenino	Masculino
Sí			Nada	8	5
No	8	8	Poco		3
			Mucho		

³ Cabe señalar que algunos de ellos tanto hombres como mujeres no viven con los padres o bien viven con algún sustituto lo cual hace que la comunicación sea menor.

Como se observó la comunicación con los padres es deficiente pero en comparación, la mayoría tiende a hablar más con la madre; en principio como se dijo es con la que más tiempo conviven, en base a eso se les hicieron algunas preguntas sobre cuánto habían hablado con ella sobre algunos temas más específicos y lo que se encontró fue lo siguiente.

Nuevamente se observa un mutismo sobre el tema de las relaciones sexuales y sobre todo sobre anticonceptivos, cabe señalar que hay dos casos pero son de mujeres con las que si han hablado de esto en parte porque son ellas las que tienen más riesgo o bien las que deben preocuparse por cuidarse, desde un punto de vista cultural, en tanto que los hombres ninguno ha abordado estos temas como si ellos estuvieran exentos de hacerlo. (Tabla 15)

TABLA 15
Cuánto has hablado con tu madre

	Mujeres	Hombres
Casi nada	6	8
Regular	1	
Mucho	1	
	Mujeres	Hombres
Casi nada	6	8
Regular	1	
Mucho	1	

En la tabla 16 resalta una marcada diferencia entre las respuestas de hombres y mujeres, como el hablar de menstruación, hijos, cuando tenerlos es sólo cuestión de las mujeres ya que son ellas las que refieren el haber tratado más esos tópicos con sus madres, dentro del taller algunos de los muchachos comentaron que "a ellos de que les serviría platicar de eso con sus mamás y son cosas de mujeres especialmente la menstruación"; igualmente algunos de ellos aceptaron que muchas veces no se atreven a preguntar ya que si lo hacen los verían mal ya que los hombres no se preocupan por esas cuestiones, en tanto las mujeres dicen que de ese tema sí se está permitido hablar, ya que es ahí cuando las mamás les dicen lo importante de ser mamá, que deben pensarlo muy bien, lo mal que se verían si echan a perder sus vidas, etc. (Tabla 16)

TABLA 16

TABLA 16. Cuánto has hablado con tu madre:		
	Mujeres	Hombres
Casi nada	3	8
Regular	2	
Mucho	3	
	Mujeres	Hombres
Casi nada	5	6
Regular		2
Mucho	3	
	Mujeres	Hombres
Casi nada	5	6
Regular	1	2
Mucho	2	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Finalmente se puede observar que la comunicación es limitada y sobre todo basada en "el deber ser" pero sin dar herramientas para que los muchachos(as) afronten su sexualidad, todas las presiones a las que se ven expuestos en su medio y porque no decirlo todos los problemas personales que ellos tienen (depresión, miedo, etc) es bien sabido que la comunicación no es algo que fluya con gran naturalidad en un adolescente, pero es preocupante ver también que los padres no hacen nada por tratar de hablar con ellos, es más, muchos de ellos tiene la creencia de que no hacerlo es lo mejor ya que así no se les meten ideas, lo paradójico es que muchos de ellos ya están más allá de las ideas.

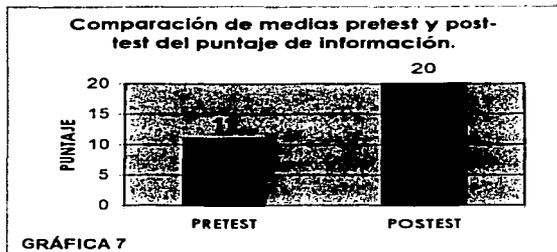
8.5 Puntajes de información y escala de actitudes pretest y post-test.

En esta sección de resultados se analizará una de las partes centrales de la investigación, en cuanto al efecto del taller en la cantidad de información que manejaban los adolescentes antes y después de éste.

De las 60 preguntas que se aplicaron del cuestionario del libro "Planeando tu vida" de Susan Pick (1995), los reactivos del 40 al 60 se usaron para obtener el grado de información que los adolescentes manejaban, acerca de su sexualidad y de anticonceptivos especialmente (ver Anexo 3). Estos reactivos son de opción múltiple y se calificaron manualmente otorgando un punto si eran correctos y cero si no lo eran. El puntaje máximo fue de 21 puntos. Este procedimiento se llevó a cabo antes y después del taller, obteniéndose los resultados que se muestran en la gráfica 7.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 7



Este cambio entre medias se evaluó estadísticamente mediante la prueba t obteniéndose un valor calculado de 9.54, resultando superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 y 30 grados de libertad ($9.54 > 1.69$), por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto sí existió un cambio estadísticamente significativo en el nivel de información manejado por los adolescentes acerca de la sexualidad y métodos anticonceptivos esto por efecto del taller de "Salud sexual y reproductiva". Lo cual se observó en los cambios tan marcados que se obtuvieron en el post-test donde el puntaje casi se duplicó, lo que refleja la efectividad del taller. (Gráfica 7)

Este dato significa que antes de ingresar al taller la mayoría de los adolescentes manejaban información pero en general esta era errónea o muy distorsionada, lo cual no es más que el reflejo del modo en que la consiguieron, que por lo común es mediante los amigos, telenovelas, entre otras. Cabe señalar que a pesar de que en la escuela les enseñan la parte biológica de la sexualidad más del 50% del grupo tuvo errores en ese rubro; esto indica la necesidad de brindar toda esta información pero mediante otras técnicas que sean más significativas para los adolescentes y realmente puedan retenerla.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8.5.1 Análisis de la Escala de Actitudes.

La escala de actitudes consto de 57 reactivos y fue dividida en 12 subescalas esto con la finalidad de poder evaluar por separado el cambio de opinión por temas específicos, cada subescala fue integrada por diferente número de ítems.

Las subescalas se midieron mediante una escala tipo Likert , constando tanto de reactivos positivos como negativos, cada uno con 5 alternativas de respuesta(Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Indiferente, Desacuerdo, Totalmente en desacuerdo). A continuación en la Tabla 17 se observan cuales son las 12 subescalas que se evaluaron en esta investigación, así como los reactivos que las conforman.

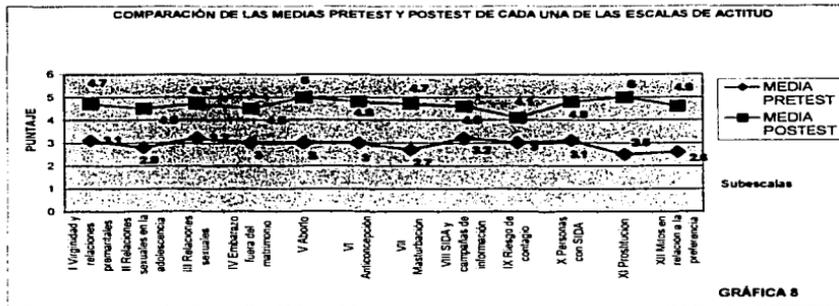
TABLA 17

ESCALA DE ACTITUDES	
SUBESCALA	ITEMS
I. Virgindad y las relaciones premaritales	1, 12, 17, 27, 29, 31 y 32
II. Relaciones sexuales en la adolescencia.	2, 6, 16, 20, 25 y 51
III. Relaciones sexuales.	3, 5, 9, 13, 19, 22, 23 y 26
IV. Embarazo fuera del matrimonio.	4 y 15
V. Aborto	7, 14 y 30
VI. Anticoncepción.	8, 10, 28, 46 y 56
VII. Masturbación.	11, 18, 21 y 24
VIII. SIDA y campañas de información	34, 39, 44, 49 y 54
IX. Riesgo de contagio	33, 35, 37, 41, 47 y 57
X. Personas con SIDA	36, 40, 42, 45, 52y 53
XI. Prostitución	38 y 55
XII. Mitos en relación a la preferencia sexual.	43, 48y 50

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La gráfica 8 presenta la comparación entre medias pretest y post-test de cada una de las subescalas.

GRÁFICA 8



En seguida se analizan detalladamente la información que se presenta en la gráfica 8.

La **subescala I Virgindad y relaciones premaritales** fue constituida por 7 ítems los valores de cada uno de éstos se presentan en la Tabla 18.

Una constante que se presentó en la mayoría de las subescalas es que en el pretest se observó una actitud de indiferencia en la mayoría de los ítems, lo que se modificó completamente en el posttest donde se encontraron grandes diferencias entre éstas dos mediciones.

En general el grupo dejó de darle un valor tan grande a la virgindad, ya que una membrana no puede especificar si alguien vale más o menos, así mismo consideraron que no es indispensable tener que llegar virgen al matrimonio, que tanto hombres como mujeres

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tienen derecho a decidir sobre su cuerpo siempre y cuando lo hagan con responsabilidad.

TABLA 18

SUBESCALA I. VIRGINIDAD Y RELACIONES SEXUALES PREMARITALES					
ÍTEM	Totalmente de acuerdo.(T A)	Acuerdo (A)	Indiferente (I)	Desacuerdo (D)	Totalmente en desacuerdo (TD)
1.-La virginidad es un valor muy importante para mí.	1	2	3	4	5
12.- Las mujeres deben permanecer vírgenes hasta el matrimonio	1	2	3	4	5
17.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio son aceptables	5	4	3	2	1
27.-Los jóvenes deben tener libertad en sus relaciones sexuales premaritales	5	4	3	2	1
29.- Los jóvenes deben de mantener en secreto sus relaciones sexuales.	5	4	3	2	1
31.- Una pareja debe casarse para poder tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
32.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio es una actitud vergonzosa.	1	2	3	4	5

De igual manera consideraron que los adolescentes deben sentirse libres con relación a su sexualidad, ya que muchos de ellos comentaban que cuando algo es prohibido les llama más la atención y que muchas veces ellos (quienes ya tenían actividad sexual) tenían

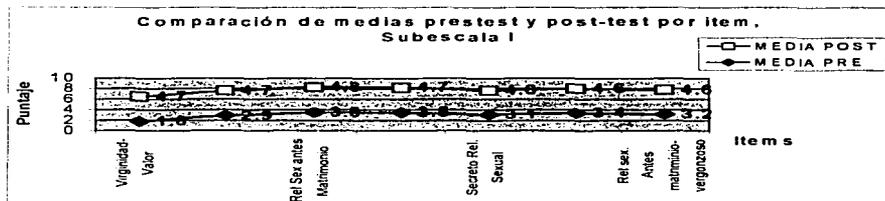
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

relaciones como una manera de demostrarle a sus superiores que ellos podían hacer las cosas por sí mismos y así sentirse adultos.

En cuanto al hecho de mantener en secreto sus relaciones sexuales, ellos se referían a que el tener relaciones es de dos y no tienen porque enterarse los demás de sus actos, especialmente los amigos. Por lo mismo la mayoría consideró que no era necesario estar casado para tener relaciones sexuales y por lo mismo no tienen porque sentir vergüenza de tenerlas o no antes del matrimonio ya que cada quien es libre de elegir lo que desea.

En la gráfica 9 se pueden observar los cambios que se presentaron por cada ítem en esta subescala, para establecer si las diferencias fueron estadísticamente significativas se llevó a cabo la prueba t, obteniéndose un valor calculado de 8.50, resultando superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 y 30 grados de libertad ($8.50 > 1.69$), por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto sí existió un cambio estadísticamente significativo en las actitudes hacia la virginidad y las relaciones premaritales de los adolescentes debido al efecto del taller de "Salud Sexual y Reproductiva".

GRÁFICA 9



La subescala II *Relaciones sexuales en la adolescencia* fue constituida por 6 ítems. los valores de cada uno de éstos se presentan en la Tabla 19.

TABLA 19

SUBESCALA II. RELACIONES SEXUALES EN LA ADOLESCENCIA					
ÍTEM	Totalmente de acuerdo.(TA)	Acuerdo (A)	Indiferente (I)	Desacuerdo (D)	Totalmente en Desacuerdo (TD)
2.-Es sano que los adolescente tenga relaciones sexuales	1	2	3	4	5
6.-Es necesario que el adolescente tenga relaciones sexuales	1	2	3	4	5
16.-Los adolescentes deben sentirse libres de hacer lo que deseen sexualmente	1	2	3	4	5
20.-Es perjudicial para el adolescente tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
25.-Los adolescentes deben evitar las relaciones sexuales.	5	4	3	2	1
51. En general los jóvenes tienen su primera experiencia sexual con parejas ocasionales.	5	4	3	2	1

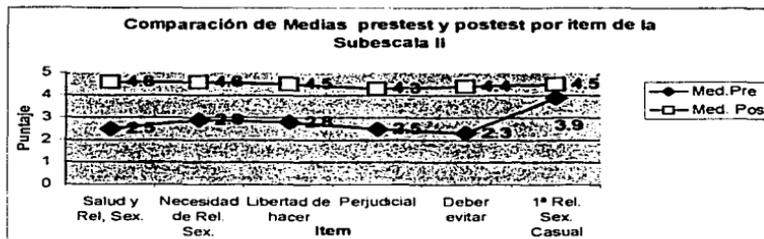
Nuevamente en esta subescala se observa en el pretest en la mayoría de los ítems una actitud indiferente a excepción de ítem 51 ya que en promedio en las dos mediciones aceptaron que la primera relación sexual por lo general se da con una pareja ocasional, especialmente en el caso de los hombres.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A pesar de que el grupo opinó en el post-test que el tener relaciones sexuales no es perjudicial, aceptan que el tenerlas puede traerles daños a su salud y de ser posible es preferible evitarlas ya que no son una necesidad en sí; de igual modo muchos de ellos opinaron que al no tener relaciones es posible evadir una gran cantidad de problemas y responsabilidades que no van de acuerdo a su edad.

En la gráfica 10 se pueden observar los cambios que se presentaron por cada ítem en esta subescala, para saber si las diferencias fueron estadísticamente significativas se llevó a cabo la prueba t, obteniéndose un valor calculado de 13.34, resultando superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 y 30 grados de libertad ($13.34 > 1.69$), por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto sí existió un cambio estadísticamente significativo en las actitudes de los sujetos hacia las relaciones sexuales en la adolescencia por efecto del taller de "Salud Sexual y Reproductiva".

GRÁFICA 10



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La subescala III **Relaciones sexuales** fue constituida por 8 ítems los valores de cada uno de éstos se presentan en la Tabla 20.

TABLA 20

SUBESCALA III. RELACIONES SEXUALES					
ÍTEM	Totalmente de acuerdo.(TA)	Acuerdo (A)	Indiferente (I)	Desacuerdo (D)	Totalmente en desacuerdo (TD)
3.-Una pareja puede tener relaciones sexuales de cualquier tipo	5	4	3	2	1
5.-Las relaciones sexuales son para obtener placer	5	4	3	2	1
9.-Obtener placer de las relaciones sexuales es algo que debe evitarse	1	2	3	4	5
13.-Divertirse durante las relaciones sexuales es algo inadmissible	1	2	3	4	5
19.-si la pareja esta de acuerdo puede tener relaciones sexuales orales	5	4	3	2	1
22.- La pareja debe evitar las relaciones sexuales orales	1	2	3	4	5
23.-Es inaceptable que un individuo sostenga relaciones sexuales con personas de ambos sexos	1	2	3	4	5
26.-Una pareja puede tener relaciones sexuales anales si así lo decide.	5	4	3	2	1

En esta subescala se mostraron cambios especialmente en los reactivos 23 y 26 ya que en el pretest los adolescentes consideraban que era inaceptable que una persona tuviera relaciones con personas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de ambos sexos al igual que era inadmisibles que se practicara el sexo anal. En el resto de los ítems la actitud fue de indiferencia.

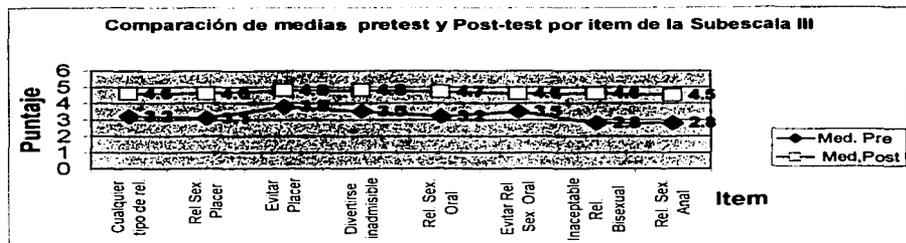
Ya en el post-test manifiestan que las parejas tienen libertad de mantener relaciones sexuales de cualquier tipo ya que cada quien tiene derecho a elegir cuál le agrada más, se refleja mayor tolerancia a las prácticas para muchos poco comunes aunque no por eso lo son como el sexo oral o anal.

En promedio se refleja una actitud positiva hacia la idea de que las relaciones sexuales son para obtener placer y no sólo se realizan con un fin reproductivo. Así mismo es aceptable el divertirse siempre y cuando se haga con mutuo respeto y conformidad. Esto es muy importante ya que por lo común en nuestra sociedad existen muchos tabúes especialmente en las mujeres de que algunas prácticas sexuales sólo las realizan las prostitutas o bien no se debe ser muy efusivo en el momento de estar con la pareja ya que eso no es de personas "decentes"; de ahí la importancia de que en el grupo se haya dado esta modificación.

En la gráfica 11 se pueden observar los cambios que se presentaron por cada ítem en esta subescala, para saber si las diferencias fueron estadísticamente significativas se llevó a cabo la prueba t, obteniéndose un valor calculado de 11.10, resultando superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 y 30 grados de libertad ($11.10 > 1.69$), por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto sí existió un cambio estadísticamente significativo en las actitudes de los adolescentes hacia las relaciones sexuales por efecto del taller de "Salud Sexual y Reproductiva".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 11



La subescala IV *Embarazo fuera del matrimonio* fue constituida por 2 ítems los valores de cada uno de éstos se presentan en la Tabla 21.

TABLA 21

SUBESCALA IV. EMBARAZO FUERA DEL MATRIMONIO					
ÍTEM	Totalmente de acuerdo. (T A)	Acuerdo (A)	Indiferente (I)	Desacuerdo (D)	Totalmente en desacuerdo (TD)
4.- Una mujer si lo desea puede quedar embarazada aun siendo soltera.	5	4	3	2	1
15.- Quedar embarazada siendo soltera es algo vergonzoso	1	2	3	4	5

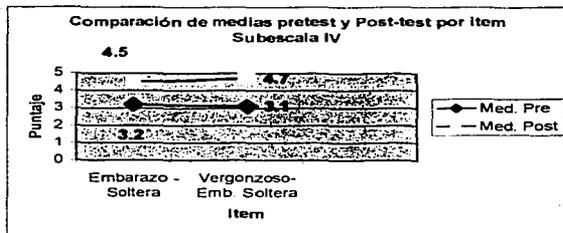
En esta subescala de igual modo se observó una actitud indiferente frente a los ítems, pero ya en el post-test en general el grupo cambia su actitud hacia la maternidad sin necesidad de estar casados, por lo que cabe resaltar que en nuestra cultura siempre es

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mal visto que una mujer sea madre soltera ya que es una deshonra para la familia, de ahí la importancia de este cambio de actitud ya que es importante que las nuevas generaciones sean menos severas que las actuales y se de realmente una libertad en la decisión que cada una(o) tome. Ya que en la actualidad es más frecuente encontrarse con mujeres que desean tener un hijo pero no necesariamente tienen deseos de casarse.

En la gráfica 12 se pueden observar los cambios que se presentaron por cada ítem en esta subescala, para saber si las diferencias fueron estadísticamente significativas se llevo a cabo la prueba t, obteniéndose un valor calculado de 6.48, resultando superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 y 30 grados de libertad ($6.48 > 1.69$), por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto sí existió un cambio estadísticamente significativo en las actitudes de los adolescentes hacia el embarazo fuera del matrimonio por efecto del taller de "Salud Sexual y Reproductiva".

GRÁFICA 12



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La **subescala V Aborto** fue constituida por 3 ítems los valores de cada uno de éstos se presentan en la Tabla 22.

TABLA 22

SUBESCALA V. ABORTO					
ÍTEM	Totalmente de acuerdo.(T A)	Acuerdo (A)	Indiferente (I)	Desacuerdo (D)	Totalmente en desacuerdo (TD)
7.-El aborto se debe legalizar en México	5	4	3	2	1
14.-Se debe evitar que se legalice el aborto en México	1	2	3	4	5
30.-El aborto no es un crimen	1	2	3	4	5

En general se observó una aceptación hacia la legalidad del aborto, muchos de ellos comentaron durante el taller que si fuera permitido las mujeres no morirían en el intento de hacerlo por métodos pocos salubres, además de que varios de los integrantes del grupo compartieron que conocían varios casos en los que por el hecho de no haber practicado un aborto luego tanto madre como niño sufren más, ya que muchas madres jóvenes ven al hijo como el reflejo del error que cometieron ya que muchos de los embarazos durante la adolescencia no son planeados.

Finalmente el cambio que llama más la atención es en el reactivo 30 ya que en el pretest opinaron que el aborto era un crimen y en el post-test ya no lo consideran del mismo modo, esto como efecto de todo lo que gente de su misma edad opinaba y sobre todo las experiencias que compartieron, especialmente de la chica que se encontraba embarazada la cual compartió con el grupo que ella antes de aceptar el embarazo llevó a cabo varios intentos para abortar pero que ninguno dio efecto y que no le quedó más remedio que aceptarlo, pero que si ella hubiera tenido los recursos para practicarse

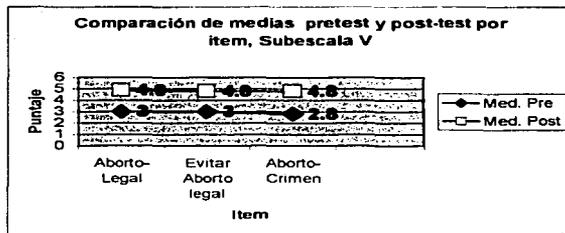
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

un aborto, no hubiera tenido que irse con su pareja ya que su familia no le dio ningún apoyo y mucho menos a dejar todo lo que tenía como hija de familia.

En si el cambio no fue hacia una actitud proaborto sino más bien a una posición de respeto y de que cada persona puede ser libre de decidir sobre su cuerpo.

En la gráfica 13 se pueden observar los cambios que se presentaron por cada ítem en esta subescala, para saber si las diferencias fueron estadísticamente significativas se llevo a cabo la prueba t, obteniéndose un valor calculado de 6.9, resultando superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 y 30 grados de libertad ($6.9 > 1.69$), por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto si existió un cambio estadísticamente significativo en las actitudes de los adolescentes hacia el aborto por efecto del taller de "Salud Sexual y Reproductiva".

GRÁFICA 13



La subescala VI **Anticonceptivos** fue constituida por 5 ítems los valores de cada uno de éstos se presentan en la Tabla 23.

En el pretest la mayoría mostró una actitud de indiferencia a excepción del ítem 28 y 56, ya que en un inicio gran parte del grupo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

manifestó que el uso de cualquier anticonceptivo disminuía el placer que podía experimentar la pareja así mismo que el uso de condón sólo era sinónimo de no querer contagiarse de SIDA, cuando esta es sólo una de las funciones de éste.

Ya en el post-test se observa una actitud positiva hacia el uso de anticonceptivos ya que se muestra una tendencia favorable hacia su uso, ya que no son tomados como sinónimo de libertinaje, y se esclarece el mito de que disminuya el placer en la relación sexual.

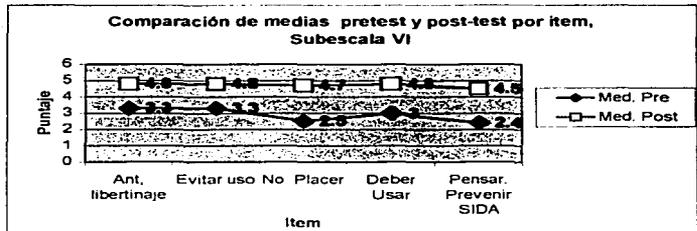
TABLA 23

SUBESCALA VI. ANTICONCEPCIÓN					
ÍTEM	Totalmente de acuerdo.(T A)	Acuerdo (A)	Indiferente (I)	Desacuerdo (D)	Totalmente en desacuerdo (TD)
8.-El uso de anticonceptivos propicia el libertinaje en los jóvenes	1	2	3	4	5
10.- Se debe evitar usar anticonceptivos en la rutina sexual	1	2	3	4	5
28.- se obtiene el mismo placer en las relaciones sexuales cuando se usan anticonceptivos	5	4	3	2	1
46.- Todos los adolescentes deberían usar preservativos y espermaticidas en sus relaciones sexuales	5	4	3	2	1
56.-Usar condón en las relaciones sexuales hace que la pareja piense que se quiere prevenir el contagio del SIDA	1	2	3	4	5

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En la gráfica 14 se pueden observar los cambios que se presentaron por cada ítem en esta subescala, para saber si las diferencias fueron estadísticamente significativas se llevó a cabo la prueba t, obteniéndose un valor calculado de 11.06, resultando superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 y 30 grados de libertad ($11.06 > 1.69$), por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto sí existió un cambio estadísticamente significativo en las actitudes hacia los anticonceptivos en los adolescentes por efecto del taller de "Salud sexual y reproductiva".

GRÁFICA 14



La **subescala VII Masturbación** fue constituida por 4 ítems los valores de cada uno de éstos se presentan en la Tabla 24.

En el pretest se observó una actitud negativa hacia el hecho de ver la masturbación como algo natural y no perjudicial para la salud, respecto a que sí era saludable o bien algo que debe evitarse en general el grupo se mostró indiferente.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 24

SUBESCALA VI I MASTURBACIÓN					
ÍTEM	Totalment e de acuerdo.(T A)	Acuerdo (A)	Indiferent e (I)	Desacuerd o (D)	Totalment e en desacuer do (TD)
11.- Masturbarse es algo natural en los jóvenes	5	4	3	2	1
18.-Los jóvenes debe evitar la masturbación	1	2	3	4	5
21.-Masturbarse es perjudicial para los adolescentes	1	2	3	4	5
24.-Es saludable que los adolescentes se masturben.	5	4	3	2	1

El por qué de estas respuestas se debe primordialmente a todos los mitos que existen alrededor de la masturbación (autoexploración) desde el hecho que si un adolescente lo hace se le nota, que le salen barros, entre otras muchas falacias que los integrantes del grupo compartieron. En el caso de la mujeres llama la atención que la gran mayoría manifestaron que consideraban que sólo los hombres se masturbaban ya que las mujeres: "¿con qué podrían hacerlo?" o "¿Cómo?", esto como resultado de todos los miedos que existen alrededor de si la mujer se toca, ya que si lo hace puede ocasionarse una infección, romperse el himen o en el peor de los casos ser considerada como una mujer de lo "peor"; todos estos mitos no son más que el resultado de la falta de información.

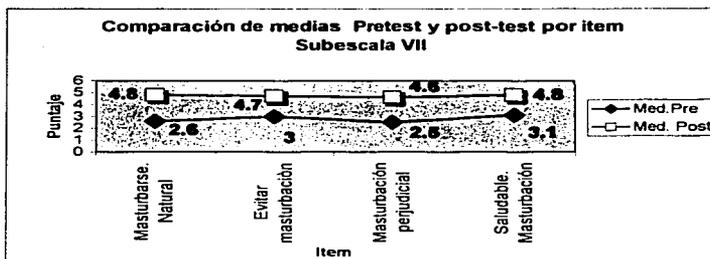
Ya en el post-test se observan cambios significativos en la actitud del grupo ante el tema, ya que en general esta se torna positiva ya que la consideran como una parte natural y normal del crecimiento, lo cual no tiene porque ocasionarles ningún perjuicio o problema de salud, sino por el contrario ya que la autoexploración es sólo una forma de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

conocerse así mismos y en el futuro disfrutar más de sus relaciones sexuales reales.

En la gráfica 15 se pueden observar los cambios que se presentaron por cada ítem en esta subescala, para saber si las diferencias fueron estadísticamente significativas se llevó a cabo la prueba t, obteniéndose un valor calculado de 12.66, resultando superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 y 30 grados de libertad ($12.66 > 1.69$), por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto sí existió un cambio estadísticamente significativo en las actitudes hacia la masturbación en los adolescentes por efecto del taller de "Salud sexual y reproductiva".

GRÁFICA 15



La subescala VIII SIDA y campañas de información fue constituida por 5 ítems los valores de cada uno de éstos se presentan en la Tabla 25.

TABLA 25

SUBESCALA VIII. SIDA Y CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN					
ÍTEM	Totalmente de acuerdo. (TA)	Acuerdo (A)	Indiferente (I)	Desacuerdo (D)	Totalmente en desacuerdo (TD)
34.- Una persona puede aprender a protegerse de la infección del VIH con la información proporcionada por la TV.	5	4	3	2	1
39.- Es necesario que se realicen más campañas de información sobre el SIDA para prevenir la enfermedad	5	4	3	2	1
44.- la información que tengo sobre el SIDA ha cambiado mi conducta sexual	5	4	3	2	1
49.-Me interesa buscar información sobre SIDA	5	4	3	2	1
54.-De nada sirven la campañas de información sobre el SIDA	1	2	3	4	5

En el pretest se observó que muchos de los adolescentes consideraban que la información que brinda la televisión no es suficiente para protegerse de enfermedades como el SIDA, y en muchos casos es la única información con la que cuentan o bien con la que se quedan ya que la manera en que los medios, dígame programas de sexualidad, telenovelas en el más de los casos u otro tipo de programa es llamativa y permite que las personas en este caso los adolescentes la recuerden con más facilidad.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A pesar de que existen algunos programas que tratan el tema de la sexualidad de una manera seria y fiable, son los menos vistos por la población adolescente, ya sea por el horario o bien porque no llaman su atención, quedándose así con lo que les brindan las telenovelas juveniles, especialmente, ya que éstas tienen un gran auge y desafortunadamente cuentan con modelos sumamente estereotipados y por cuestiones de audiencia alteran la información que en primera instancia pudo ser buena.

Así mismo muestran cierta tendencia positiva hacia el reconocimiento de la necesidad de campañas informativas sobre SIDA y el hecho de que estarían dispuestos a buscar más información para ellos. Sin embargo se muestran indiferentes en cuestión de que la información que han obtenido en relación al tema no ha hecho mella en ellos para tener algún cambio en su conducta sexual de igual modo aunque un tanto contradictorio consideran que a pesar de que existan campañas informativas estas no sirven de nada.

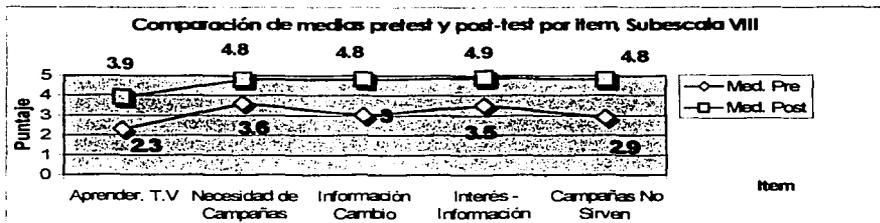
En el post-test se presentó un cambio no tan marcado como en subescalas anteriores esto debido a que desde le inicio mostraban cierta disposición positiva hacia varios de los ítems, el cambio que llama más la atención es el de los reactivos 44 y 49 ya que muestran una actitud positiva hacia la necesidad de buscar mayor información para evitar contraer una enfermedad tal como el SIDA de igual manera consideraron que la información con la que contaban ya en ese momento los estaba haciendo cambiar en relación a su conducta sexual tanto los activos como los que no tenían relaciones sexuales, los primeros en el sentido de la necesidad de utilizar condón para cada encuentro sexual y los segundos compartieron que ellos se sentían muy satisfechos y tranquilos de abstenerse ya que tenían la seguridad de no estar contagiados y en segundo lugar de que todo lo que iban aprendiendo cuando les llegara su momento lo pondrían en practica.

Finalmente consideran que no toda la información que está en la televisión es mala la cuestión es saber buscar el medio que sea más

fiable así mismo que las campañas de información pueden servir de mucho pero lo que ellos si manifestaron es que muchas veces no se enteran de que existen lo que refleja la carencia de difusión que aun existe especialmente para este grupo de población.

En la gráfica 16 se pueden observar los cambios que se presentaron por cada ítem en esta subescala, para saber si las diferencias fueron estadísticamente significativas se llevo a cabo la prueba t, obteniéndose un valor calculado de 8.63, resultando superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 y 30 grados de libertad ($8.63 > 1.69$), por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto sí existió un cambio estadísticamente significativo en las actitudes hacia el SIDA y campañas de información en los adolescentes por efecto del taller de "Salud sexual y reproductiva".

GRÁFICA 16



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La subescala IX **Riesgo de contagio** fue constituida por 6 ítems los valores de cada uno de éstos se presentan en la Tabla 26.

TABLA 26

SUBESCALA IX. RIESGO DE CONTAGIO					
ÍTEM	Totalment e de acuerdo. (TA)	Acuerdo (A)	Indiferent e (I)	Desacuer do (D)	Totalment e en desacuer o (TD)
33.- Los jóvenes pueden disfrutar de las relaciones sexuales sin tener el contagio del SIDA	1	2	3	4	5
35.- Si tuviera la oportunidad me realizaría la prueba de detección del VIH	5	4	3	2	1
37.- Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del VIH	5	4	3	2	1
41.- Se debe evitar correr el riesgo de infectarse con el VIH usando siempre condón en las relaciones sexuales	5	4	3	2	1
47.- La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH	5	4	3	2	1
57.- La mayoría de los jóvenes sexualmente activos se realizan la prueba de detección del VIH	5	4	3	2	1

En el pretest se observó que en su mayoría consideraban que no existen riesgo de contagio del SIDA u otra EST, durante sus relaciones sexuales, esto se debe a que como la mayoría expresa que sólo tienen relaciones sexuales con personas vírgenes (no contagiadas), pues no tienen porque temer al grado de sentir que no hay porque cuidarse. En

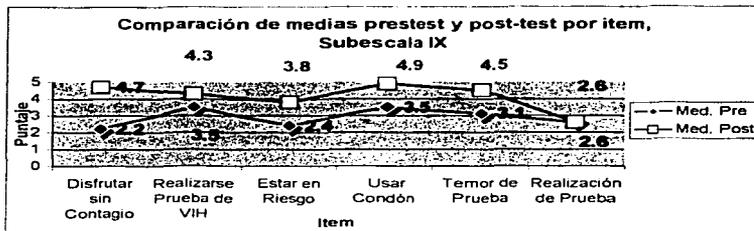
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

general tanto los activos como inactivos sexualmente no perciben ser objeto de peligro. La mayoría mostraron una tendencia positiva hacia el uso del condón pero como se vio anteriormente por lo común no es usado (Ver punto 8.2); igualmente consideraban que los adolescentes no tienen temor de realizarse pruebas de detección de SIDA.

Ya en el post-test se presenta un cambio en la percepción de riesgo ya que no es cuestión de edad o de tener relaciones con personas "vírgenes" el correrio o no, pero este cambio no es tan marcado ya que pasan de un puntaje de 2.4 a 3.8. la actitud es más positiva ante el uso del condón, llama la atención que en el reactivo 47 se observa un cambio interesante ya que a pesar de expresar que estarían dispuestos a realizarse una prueba de detección de SIDA, aceptan que en general algo que impide que ésta se lleve a cabo, es que existe mucho temor a que de positivo, ya que saben que algunas o muchas de sus practicas sexuales no son seguras; esto se refleja en la falta de cambio en el ítem 57.

En la gráfica 17 se pueden observar los cambios que se presentaron por cada ítem en esta subescala, para saber si las diferencias fueron estadísticamente significativas se llevo acabo la prueba t, obteniéndose un valor calculado de 7.82, resultando superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 y 30 grados de libertad ($7.82 > 1.69$), por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto sí existió un cambio estadísticamente significativo en las actitudes de los adolescentes hacia el riesgo de contagio por efecto del taller de "Salud Sexual y Reproductiva".

GRÁFICA 17



La subescala X *Personas con SIDA* fue constituida por 6 ítems los valores de cada uno de éstos se presentan en la Tabla 27.

En el pretest en general se observa una actitud indiferente o bien de desacuerdo hacia el apoyo, especialmente hacia el contacto con personas infectadas ya que muchos de ellos manifestaban, que lo mejor sería mantener aislados a los enfermos para evitar el contagio, como si el remedio fuera ocultar el problema, en la mayoría del grupo se manifestó una actitud de rechazo como resultado del miedo y de la ignorancia.

Afortunadamente en el post-test se presentó una actitud de mayor tolerancia y sobre todo de respeto ya que nadie está a salvo de contagiarse aunque no necesariamente por contacto sexual, muchos de los participantes manifestaron que el acercarse a alguien con SIDA sería difícil ya que por mucho que se tenga información de que el contagio no se da por el simple hecho de estar cerca o de compartir comida o hasta darse un beso, el temor permanece ya que eso no les garantizaba mucho, por lo mismo expresaron que les gustaría saber más del tema para poco a poco ir liberándose de ese tipo de temores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estos resultados se relacionan con las subescalas VIII y IX como pudo verse anteriormente.

TABLA 27

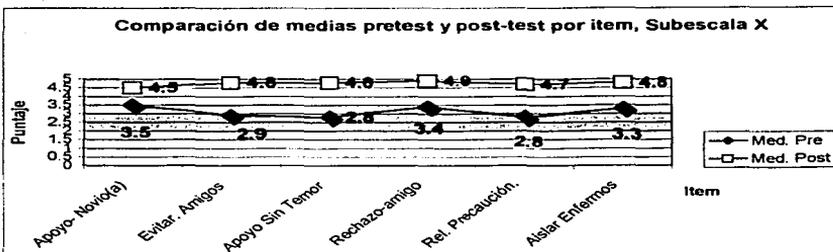
SUBESCALA X. PERSONAS CON SIDA					
ÍTEM	Totalment e de acuerdo.(T A)	Acuerd o (A)	Indiferent e (I)	Desacuer do (D)	Totalment e en desacuer o (TD)
36.- Si supiera que mi novio(a) está infectada(o) por el VIH lo apoyaría.	5	4	3	2	1
40.- Evitaría tener amigos que estuvieran infectados del SIDA por miedo de contraer la enfermedad	1	2	3	4	5
42.- Si mi pareja sexual estuviera contagiada con el VIH la apoyaría sin temor de contraer la enfermedad	5	4	3	2	1
45.- Si me enterara que un amigo mío tuviera SIDA lo rechazaría	1	2	3	4	5
52.- Si mi novio(a) estuviera infectada(o) con el VIH, tendría relaciones sexuales con él (ella), con las precauciones necesarias	5	4	3	2	1
53.- Se deben mantener aislados a los enfermos de SIDA para evitar que se difunda la enfermedad	1	2	3	4	5

En la gráfica 18 se pueden observar los cambios que se presentaron por cada ítem en esta subescala; para saber si las diferencias fueron estadísticamente significativas se llevo a cabo la prueba t, obteniéndose un valor calculado de 9.79, resultando superior

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 y 30 grados de libertad ($9.79 > 1.69$), por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto sí existió un cambio estadísticamente significativo en las actitudes de los adolescentes hacia las personas con SIDA por efecto del taller de "Salud Sexual y Reproductiva".

GRÁFICA 18



La subescala XI **Prostitución** fue constituida por 2 ítems los valores de cada uno de éstos se presentan en la Tabla 28.

En el pretest la mayoría del grupo consideraba que la prostitución debería llevarse a cabo con toda libertad para evitar que se propague el SIDA y por lo mismo no tenía porque desaparecer.

Sin embargo durante el taller se analizaron los diferentes puntos de vista de los integrantes, en donde se abordó la problemática social que es la prostitución, donde se comentó la doble moralidad que existe alrededor del tema en parte repudiado pero a la vez cubierto por la sociedad que acude a pedir los servicios de las sexo-servidoras.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 28

SUBESCALA XI. PROSTITUCIÓN					
ÍTEM	Totalmente de acuerdo. (TA)	Acuerdo (A)	Indiferente (I)	Desacuerdo (D)	Totalmente en desacuerdo (TD)
38.- La prostitución debe desaparecer para evitar que se difunda el VIH	5	4	3	2	1
55.- La prostitución debe llevarse con libertad para evitar que se difunda el VIH	1	2	3	4	5

Muchos de los adolescentes consideraban que a pesar de que se cree que las sexo-servidoras son personas sanas la mayoría no lo están ya que llevan a cabo prácticas pocas seguras en ocasiones sólo por una mejor oferta económica.

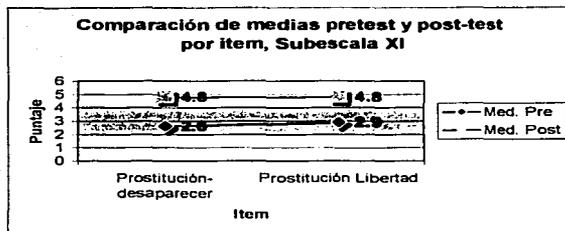
El resultado de este debate se muestra en los resultados del post-test donde se modifica totalmente la opinión, ya que finalmente consideraron que el hecho de que la prostitución se llevara o no con libertad no sería garantía para evitar el SIDA y que quizá si ésta desapareciera el contagio podría disminuirse.

En la gráfica 19 se pueden observar los cambios que se presentaron por cada ítem en esta subescala, para saber si las diferencias fueron estadísticamente significativas se llevo a cabo la prueba t, obteniéndose un valor calculado de 11.49, resultando superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 y 30 grados de libertad ($11.49 > 1.69$), por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto sí existió un cambio estadísticamente significativo en las actitudes de los adolescentes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hacia la prostitución por efecto del taller de "Salud Sexual y Reproductiva".

GRÁFICA 19



La subescala XII **Mitos en relación a la preferencia sexual** fue constituida por 3 ítems los valores de cada uno de éstos se presentan en la Tabla 29.

TABLA 29

SUBESCALA XII. MITOS EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA SEXUAL					
ÍTEM	Totalmente de acuerdo (TA)	Acuerdo (A)	Inciferente (I)	Desacuerdo (D)	Totalmente en desacuerdo (TD)
43.- La homosexualidad es una conducta irresponsable que ayuda a que se transmita el SIDA	1	2	3	4	5
48.- Los homosexuales deben desaparecer para evitar que se difunda el SIDA	1	2	3	4	5
50.- La bisexualidad es una práctica sexual que si se lleva con responsabilidad evita que se difunda el SIDA	5	4	3	2	1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

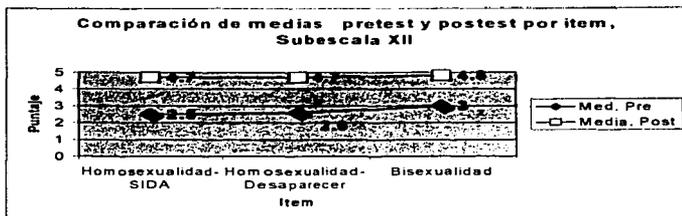
En el pretest los adolescentes consideraban que la homosexualidad si era una conducta que favorecía el contagio del SIDA, considerando que lo mejor sería lograr que éstos desaparecieran, en tanto se presenta una actitud de indiferencia ante la bisexualidad como práctica que llevada a cabo con responsabilidad pueda evitar la difusión de la enfermedad.

Al igual que otros temas relacionados con la sexualidad, la homosexualidad no fue la excepción de estar cargada de mitos, desde uno de los más antiguos que dice que son los homosexuales la población más propensa a tener SIDA, se observó pobre información acerca de las preferencias sexuales, ya que en general el grupo consideraba que la homosexualidad era una enfermedad o algo por el estilo y otros ni siquiera sabían que era la bisexualidad.

En el post-test como se observa el cambio de actitud fue total ya que finalmente expresaron que la homosexualidad era algo independiente en relación al tema del SIDA ya que tanto homosexuales, bisexuales, heterosexuales, etc, podían ser portadores del virus. Y que contagiarse era independiente de la preferencia sexual, la edad, el estatus social, etc.

En la gráfica 20 se pueden observar los cambios que se presentaron por cada ítem en esta subescala, para saber si las diferencias fueron estadísticamente significativas se llevó a cabo la prueba t , obteniéndose un valor calculado de 8.51, resultando superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 y 30 grados de libertad ($8.51 > 1.69$), por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto sí existió un cambio estadísticamente significativo en las actitudes de los adolescentes hacia los mitos en relación a la preferencia sexual por efecto del taller de "Salud Sexual y Reproductiva".

GRÁFICA 20



Como pudo observarse en este apartado las 12 subescalas presentaron cambios positivos por lo que se puede concluir que la escala en su totalidad, sí presentó cambios en las actitudes de los adolescentes hacia la sexualidad; lo cual también se demostró en el nivel de información que manejaban en el pre y post-test esto por efecto de su participación en el taller "Salud sexual y reproductiva", quedando demostrada así la efectividad del taller.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAPITULO 9

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

9.1 Discusión y conclusiones

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

Mediante el análisis de los resultados que se obtuvieron se puede llegar a la conclusión de que el taller logró su objetivo, ya que tanto en el cuestionario de información como en la escala de actitudes se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Ver Capítulo 8)

Muchos de los datos que arrojó esta investigación se encuentran altamente relacionados con la información que se manejó dentro del marco teórico de la presente tesis, iniciando por el tipo de población con la que se trabajó, todos ellos adolescentes de 14 a 18 años, que a pesar de estar en un Hospital Psiquiátrico cada uno por diferentes razones (problemas escolares, depresión, mala conducta, rebeldía, etc) tenían un punto en común: la necesidad de buscarse a sí mismo y de obtener su propia identidad.

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

Desafortunadamente algunas de estas consecuencias negativas de las que hablaba se encontraron en la muestra, muchos de los que ya habían iniciado su vida sexual no tenían una explicación del por qué de haberlo iniciado tempranamente, pero al escuchar a los otros y a ellos mismos, se encontró un punto en común, gran parte expresó que al tener relaciones con sus novias(os) se sentían libres y que eso a su vez les permitía sentirse capaces de tomar sus propias decisiones, lo cual se relaciona con lo que dice Masters(1995) "en sus ansias por liberarse de la supervisión de los padres y/o adultos, algunos(as) adolescentes ven en el sexo un medio para demostrar su aptitud para tomar decisiones propias y especialmente denotar un cambio drástico en su escala de valores"(p:19)

A pesar de que existe una mayor promoción de la salud en los adolescentes se siguen presentando de manera alarmante un incremento en las relaciones sexuales sin protección, embarazos tempranos, abortos, etc y aunque como dice Friedman(1994) "la salud de los adolescentes depende especialmente de su comportamiento", no hay que olvidar que como a su vez menciona Monroy(1994) no se deben omitir otros factores importantes como los son: la familia, medios masivos de comunicación, amigos, escuela y Sector Salud principalmente.

Mediante las charlas que se tuvieron dentro del grupo existió un común denominador en la mayoría de los adolescentes y éste fue la falta de comunicación que mantenían con sus padres, lo que para la mayoría era sinónimo de una mala relación, "mis papas y yo no nos entendemos", era una de las frases que más se mencionaron; en una de las sesiones varios de los chicos comentaron que ocasionalmente sentían que no eran importantes para sus padres y que a ellos no les importaba en lo más mínimo lo que hicieran o dejaran de hacer, esto especialmente en aquellos que ya tenían un trabajo y por lo mismo dependían menos de la familia de origen, de igual modo se notó en los que pertenecían a familias

disfuncionales (madrastra, padrastro, entre otros) o que constantemente tenían problemas de conducta, esto es muy importante ya que por lo general los adolescentes lo que buscan es aceptación y en muchas ocasiones están dispuestos a perder lo que sea con tal de obtenerla; hago mención de esto especialmente por el caso de las muchachas que ya tenían una actividad sexual activa, quienes referían que el tener contacto sexual con sus parejas las hacía sentir queridas o importantes, al grado de que una de ellas compartió al grupo que evitaba el uso de condón como una muestra de confianza a su pareja, lo que demuestra el grave riesgo en el que se encuentran muchos(as) adolescentes.

Esta necesidad de búsqueda de afecto se manifestó en uno de los reactivos que conformaban el cuestionario de información, en donde se indagaba la actitud de los muchachos(as) hacia el ser padres o madres adolescentes, y de cual sería el sentimiento que serlo les podría despertar, resulto poco alentador que en el pretest gran parte del grupo especialmente las mujeres, expresaron que un hijo las haría sentir menos solas o más contentas, lo que refleja toda la carga emocional que un adolescente puede depositar sobre su hijo, al cual en muchas ocasiones ven como una tabla de salvación o bien como un medio para poder "ser alguien". tener el título de "madre" el cual las pondría en una posición diferente ante la sociedad, estos sin tomar en cuenta todas las pérdidas que se dan paralelamente. (Pág.109)

Como se puede observar, la sexualidad sigue siendo un tabú dentro de la familia lo que impide que los muchachos(as) tengan a alguien cercano y de confianza con quién puedan aclarar sus dudas, en parte porque ni los mismos padres saben como reaccionar ante estas situaciones o bien porque les dan evasivas, en el mejor de los casos, ya que varios miembros del grupo compartieron que la primera y única vez que intentaron hablar con sus padres estos los regañaron solamente y los

castigaron por preguntar ese tipo de "cosas", que no eran de su edad, lo cual decían les quitó las ganas de volver a acercarse a ellos para platicar; esto va muy de la mano con la concepción de que el no hablar de las cosas ayuda a no abrirles los ojos a los "niños", cuando desafortunadamente muchos de esos a los que consideran niños ya tiene una vida sexual activa y desprotegida.(ver apartado 8.4)

Desafortunadamente toda esta falta de comunicación y de miedos heredados se seguirán transmitiendo hasta que no exista una verdadera educación integral, es decir una educación que contemple todos los aspectos del ser humano (biopsicosocial)con esto quiero decir que mientras sigamos con una venda en los ojos, seguirán existiendo machistas, mujeres sumisas, hombres y mujeres insatisfechos, hijos maltratados resultado de embarazos no planeados, que de nada sirven para la evolución de una sociedad.

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

Dentro del taller muchos de los muchachos(as) manifestaron que con quien más hablaban de sexo era con sus amigos y por lo general del mismo sexo, lo cual se modificó en cierta manera con el taller, ya que éste les permitió a ambos sexos escuchar lo que realmente piensan unos de otros, por ejemplo, muchas muchachas consideraban que los chavos

pueden pensar mal de ellas si les piden que se protejan, cuando los muchachos comentaron que ellos sienten la misma pena o más de proponerlo, en general se observaron cuan importante es el poder comunicar al otro lo que se desea o lo que se piensa y así evitar muchos problemas a futuro.

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

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

Lo que refleja una deficiencia dentro del Sector Salud especialmente en cuestión de preparación en el personal, ya que existe una falta de entrenamiento en cuestión del entendimiento de la sexualidad y de habilidades interpersonales para una adecuada comunicación con los adolescentes; en cuestiones administrativas no se toman en cuenta el poner horarios accesibles para esta población ya que la mayoría de los servicios son por la mañana, que es cuando tienen que acudir a clases, pero sobre todo el que exista una total y absoluta privacidad y confidencialidad.

En materia de conocimiento de métodos anticonceptivos se comprobó que existe un gran desconocimiento por parte del personal de salud acerca de las normas en materia de prestación de servicios de planificación familiar y especialmente los que se refieren a la población

adolescente (NOM, 1994). esto ocurrió a raíz de que mediante un ejercicio que se llevo a cabo dentro del taller, en el que los adolescentes tenían que conseguir algún método anticonceptivo, mediante la ayuda del farmacéutico. en su mayoría no supieron que responderles en inicio por no saber que hacer y en segundo por lo sorpresivo y hasta lo mal visto que resulta aun, escuchar a un adolescente preguntar por qué método anticonceptivo le conviene usar, lo que demuestra que a pesar de que es una realidad que los adolescentes de nuestro país están teniendo actividad sexual, aún existe una venda que no permite a la sociedad en general aceptarlo y hacer algo para que las consecuencias de esta actividad temprana no terminen en embarazos no planeados, abortos, enfermedades de transmisión sexual, etc.

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

La falta de una cultura que motive al uso del condón va muy de la mano con la percepción de riesgo que tienen en relación al contagio de alguna enfermedad sexualmente transmisible en especial del SIDA, ya que muchos de ellos sólo lo toman como algo que les ayuda a evitar

embarazar o ser embarazadas, omitiendo otros riesgos que se corren con una actividad sexual sin protección.

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

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

Mediante la investigación los adolescentes manifestaron que se encontraban a gusto en el taller, ya que ahí se sentían libres de hablar de su sexualidad, lo cual sienten que no es posible con cualquier persona dentro del hospital, esto por el temor a como serán recibidas sus inquietudes, ya que algunos de ellos compartieron algunas experiencias negativas en relación con el personal que ahí laboraba, ya que en lugar de escucharlos principalmente los regañaban y posteriormente les comunicaban a sus padres lo que ellos habían preguntado y el regaño era doble. De ahí la importancia de cubrir esas necesidades especialmente de confidencialidad en el área de Sector Salud como menciona Monroy(1994).

Otra aportación que brindó esta investigación fue que cumplió con los objetivos de educación de la sexualidad, ya que se dio un conocimiento y comprensión de la sexualidad, así como el hecho de que está puede vivirse en forma creadora con responsabilidad, respeto y placer, permitiendo de igual manera que sus valores y patrones de conducta fueran menos rígidos y así dar cabida al cambio como se

mostró en el post-test de la escala de actitudes principalmente. Especialmente se dio énfasis en el hecho de que los adolescentes fueran capaces de conscientizarse de todos los obstáculos y retos a los que se tienen que enfrentar en una cultura como la nuestra y finalmente se cumplió con una de las principales finalidades de esta investigación, lograr que reflexionaran sobre su propia sexualidad y así buscar la manera personal de ampliar sus límites.

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

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

9.2 Limitaciones y sugerencias.

Una de las principales limitaciones con las que me encontré fue el problema de espacios y tiempos, ya que el aula asignada no contaba con las condiciones adecuadas para trabajar, por la falta de ventilación y luz, así como material audiovisual, el cual tuve que llevar de manera particular.

Con relación al número de integrantes del grupo, éste disminuyó a más de la mitad, ya que muchos se dieron de baja debido a que alguien nunca se especificó quién, se los había prohibido, lo que constituye un reflejo de toda la serie de tabúes que existen alrededor de temas como la sexualidad; llama la atención de manera negativa es el hecho de que ese tipo de pensamientos provengan del personal dedicado al mantenimiento de la Salud Mental de niños y adolescentes que ahí acuden.

Otra limitante fue el no poder aplicar el taller en forma consecutiva es decir diario, que era como se había planeado en primera instancia en parte por el horario, ya que las sesiones debían ser forzosamente por la mañana pues en el turno vespertino no había nadie que pudiera abrirme el aula que me estaban facilitando.

Sugiero que quien desee repetir este taller haga la prueba con sesiones diarias y de igual modo hacer un estudio longitudinal para poder comprobar la permanencia de los cambios que en esta ocasión se encontraron.

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

En esta investigación el taller tenía como propósito evitar una actividad sexual temprana pero en este caso en particular la mayoría ya tenía relaciones sexuales, por lo que una de mis propuestas es el hacer énfasis en la necesidad tan grande que se tiene en materia de educación sexual en nuestro país para así poder brindar principalmente en instituciones como las del sector público talleres de sexualidad dirigido a padres, para que estos aprendan o por lo menos sepan como orientar a su hijos en torno a estos temas que son tan difíciles para muchos de ellos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ya que haciendo una tarea de sensibilización con los padres, se educarán niños más sanos en su desarrollo psicosexual.

De esto mismo parte la idea de brindar talleres de educación sexual y salud reproductiva desde la infancia, ya que ésta es la base para una adolescencia sana.

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

" Adolescencia, tierra incógnita en la vida del hombre, llena de sorprendentes bellezas, de violentos contrastes y aleccionadas enseñanzas."

Ballesteros, U.A.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

- . Aberastury, A. Y Knobel, M. (1989). "La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico". México, Ed. Paidós.
- . Aguilar, J., Botello, L., AumakYee, K. (1998). "Hablemos de la Autoconciencia de la Salud Sexual y Reproductiva". Manual para instructores que trabajan con adolescentes. MEXFAM con el patrocinio del Instituto de Salud Reproductiva y la Universidad de Georgetown. México.
- . Aguirre, A.(1998)."Psicología de la Adolescencia". Alfaomega. Bogotá.
- . Alfaro,L.(1991). Sexualidad y SIDA en el adolescente. Tesis de Licenciatura .México: UNAM.
- . Alsteen, A.(1970). "La masturbación en los adolescentes". Herder. Barcelona.
- . Arcelus, M. (1998). La adolescente embarazada y su familia. "PSICOLOGÍA", 22, 15-20.
- . Atkin, L. (1998). Riesgo psicológico y complicaciones perinatales. "PSICOLOGÍA", 22, 4-6.
- . Black, C. Y Deblassie, R.R. (1985). "Adolescent Pregnancy. Contributions, factors, consequences, treatment and possible solutions". Adolescence 20
- . Cirigliano, G.(1975). "Dinámica de grupos de educación". Edit. Humanistas. Buenos Aires, Argentina.

- . CONASIDA: <http://www.ssa.gob.mx/conasida> (09 de julio del 2002)
- . Craig,G. (1988). "Desarrollo psicológico" Cuarta Edición. México. Prentice Hall.
- . Criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud, 1996.
- . Cruz, M. (1992). "Estudio comparativo del autoconcepto en 4 circunstancias reproductivas diferentes: embarazo normal, embarazo de alto riesgo, esterilidad y oclusión tubárica". Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- . Deutsch, H.(1960)"La psicopatología de la Mujer II", Edit. Losada, Buenos Aires. Argentina,
- . Díaz de León, V. (2000). "Taller de sexualidad para adultos que asisten al Instituto Nacional para la Educación de los Adultos". Tesis de Licenciatura: UPN.
- . Encuesta gente joven 99, Mexfam
- . Erikson, E.H. (1963). "Infancia y sociedad". 2ª edición. Nueva York. Norton.
- . Family Care International. Acción para el Siglo Xxi, Salud y Derechos Reproductivos para todos. Informe de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo(CIPD). Neva York, 1994.
- . Florenzano, R.U.(1988). "Salud del adolescente: bases para un plan de acción."(Documento preliminar OPS)
- . Freud, A. (1974). "El yo y los mecanismos de defensa" Paidós. Buenos Aires.

- Freud, A., Oesterrieth, P.A., Piaget, J., y cols.(1972). "El desarrollo del adolescente" Ediciones Horme, Buenos Aires: Piados.
- Freud, S.(1905). "Tres ensayos de teoría sexual", Obras completas Vol. VII. Amorrortu editores.
- Friedman, H.(1994). Memorias de la Reunión Latinoamericana, sobre la Salud Integral del Adolescente "Jóvenes de Hoy ...Padres del mañana" . México. CORA
- Garza, J., Vázquez, L. (1994). "Antología de la Sexualidad Humana"; El aborto. Tomo 3, CONAPO. México.
- GIRE : [http://: www.gire.com](http://www.gire.com) . (14 de julio del 2002)
- González, J.(2001). "Psicopatología de la Adolescencia". Edit. Manual Moderno, México D.F
- González, J., Monroy, A. y Kupferman, E.(1994). "Dinámica de grupos. Técnicas y tácticas" Edit. PAX, México.
- González, S.(1999). Las Organizaciones No Gubernamentales mexicanas y la Salud Reproductiva. D.R. Colegio de México. México. D.F
- Gotwal, W. Y Holtz G.(1993). "Sexualidad: la experiencia humana" . Edit. Manual Moderno, México, D.F.
- Hernández Sampleri, R., Fernández, C. Y Baptista, P. (2001). "Metodología de la investigación" 2º edición. México. McGrawHill.
- Hurlock, E. (1987). "Psicología de la adolescencia". 4º edición. México. Paidós.
- INEGI, Fecundidad.Tabulados temáticos, México, 1993

- INEGI (1999). Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Población Adolescente, México.
- Langer, M.(1983). "Maternidad y Sexo". Edit. Piados, Buenos Aires, Argentina.
- Lespada, J. (1989). "Aprender haciendo: los talleres en la escuela" Edit. Humanitas. Buenos Aires, Argentina
- López, L.(1994). "La Educación de la Sexualidad Humana". Vol. 4 CONAPO.
- Martínez, G.(1996)"Jóvenes y SIDA": Los estragos de la desinformación. Letra S. Abril, No.18. México: El Nacional.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, r.(1995). "La Sexualidad Humana". Vol. II Edit. Grijalbo. Barcelona
- Monroy, A. (1994). "Antología de la Sexualidad Humana": La sexualidad en la adolescencia. Tomo 2, CONAPO. México.
- Monroy, A. (1990). "Salud, sexualidad y adolescencia". Guía práctica para integrar la orientación sexual en la atención de salud a los adolescentes. Segunda Edición. México. CORA(Centro de Orientación para Adolescentes, A.C)
- Monroy, A. y Col.(1996).- "Manual de Capacitación sobre Salud Integral del Adolescente para profesionales de la Salud". Copy Right, CORA, México. Ediciones Solart.
- Monroy, A., Guadarrama, N. Y Torres, L. (1996). Un Programa Educativo de la Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. México. CORA

- Manroy,A.(1997). "Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia" CORA-OMS
- Moraleda, M. (1992). "Psicología del desarrollo". Marcombo. Barcelona.
- Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de planificación familiar(NOM). 1994.
- Núñez,L., Morris.L. Bailey, P.(1987). "Encuesta de jóvenes sobre salud sexual y reproductiva en dos delegaciones de la Ciudad de México". Congreso de Psicología Social. Tlaxcala, México.
- OMS. Organización Mundial de la Salud(1989). "Discusiones Técnicas sobre la Salud de la Juventud"(pp.1-9) Documento de referencia Suiza. CORA
- OPS. Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M., Suárez, O. (1992). "Manual de medicina de la adolescencia". OPS, Washington, D:C
- Pérez, G. y Larrea, F. (1994). "Antología de la sexualidad humana: Anticoncepción". CONAPO. México.
- Pérez, J. Y Torres, A. (1998). Repercusión del embarazo en la salud perinatal de la adolescente. "PSICOLOGÍA". 22, 2-3.
- Pick, S. y Vargas-Trujillo, E. (1995). "Yo, adolescente". México. IMIFAP. Grupo Editorial Planeta.
- Pick, S., Alkin, L. y Karchmer, S. (1998). Diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general. "PSICOLOGÍA". 22, 21-24.
- Pick,S. y López Velasco, A. (1979). "Cómo investigar en ciencias sociales". México. Editorial Trillas.

- Pick, S, Aguilar, J., Rodriguez, G., et al.(1995). "Planeando tu vida". México, Edit. Planeta.
- Rivera, G., Aguilar, J. Y Schiavon, R.(1999) "Métodos anticonceptivos para adolescentes" Manual para prestadores de servicios. Pathfinder México, Cuadernos de Trabajo No 5.
- Rivera, G., Arango, M.(1999). "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes". Pathfinder México. Cuadernos de Trabajo No. 4 , México.
- Rivera, B., Guerrero, R. et al. (1993). Desarrollo integral del adolescente. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. "Consecuencias del embarazo adolescente", México, D.F. CORA.
- Rizo, A. (1989). "Enfermedades de transmisión sexual y el adolescente" Memorias de la Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe. Oaxaca, México, del 6 al 10 de noviembre. Documento de CORA.
- Robinson, B.(1988)."Teenage Fathers". D.C Health and Co. Lexington, Massachusetts.
- Rodríguez, G. y Aguilar, J.(1998)."Hablemos de Sexualidad con la gente joven". Modelo educativo para profesores y profesionales que trabajan con jóvenes. Mexfam en colaboración con el plan Gente Joven. México.
- Semmens, James P. (1989). "El mundo del adolescente". Barcelona. C.E.C.S.A.

- . Sullivan, H.S (1997). "La entrevista Psiquiátrica". Siglo Veinte. 4ª reimpresión. México
- . Thompson, C.(1995). "El psicoanálisis". Breviarios. Fondo de Cultura Económica. México.
- . Tolbert, K. (1998). La adolescente embarazada, características y riesgos psicosociales. "PSICOLOGÍA", 22, 7-13.
- . Tolbert, K. (1998). Riesgos psicosociales para la madre adolescente y su hijo. "PSICOLOGÍA", 22, 14-15.
- . Valdespino, J., García, L., Del Río, A. y Loo, E.(1995)"Epidemiología del SIDA-VIH en México; de 1983 a marzo de 1995." Salud Pública de México.
- . Vázquez, A.(1995). "¿Acaso los adolescentes no son una prioridad?" Letra S, No.18. Abril. México: El Nacional.
- . Vázquez ,M.(1997). "Estudio de actitudes hacia la sexualidad en adolescentes y factores que intervienen en su formación". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- . Villa, G.(1995)"El deseo de muerte manifiesto en la díada madre abortiva-hijo suicida, Revista Aletheia No. 13, México.

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO I

TALLER DE "SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA"

SESION I

Tiempo: 2 ½ HRS.

- **Presentación**
- **Ejercicio.** "Canasta de frutas" (30 min)

Objetivo: Romper la tensión inicial propiciando la interacción de los participantes.

Material. : Sillas movibles.

Desarrollo:

- 1) Pedir a los participantes que formen un círculo con las sillas y asegurarse de que haya una silla menos que el número de participantes, incluyendo al educador (a).
- 2) Explicar que cada persona tendrá el nombre de una fruta. Si hay 25 participantes habrá 5 frutas, de tal manera que 5 participantes tendrán el nombre de la misma fruta.
- 3) Educador(a) dará el nombre de una fruta a cada participante de manera alternada, asignándose a sí mismo (a) una fruta. Cuidar que no queden juntas las personas que tengan asignados los mismos nombres.
- 4) El educador (a) se ubicará en medio del círculo y dirá en voz alta el nombre de una fruta. En ese momento todas las personas que tengan el nombre de esa fruta cambiarán de lugar. Pero si se dice: "Canasta de Frutas", todos los participantes cambiarán de lugar, y el educador (a) se integrará, quedando una persona sin silla cada vez que se dé un cambio.
- 5) Explicar que la persona que se quede sin silla pasara al centro del círculo y gritará el nombre de la fruta que quiera o "Canasta de Frutas".
- 6) Suspender el ejercicio cuando el grupo se muestre disperso. Comentar la experiencia grupal.

Tema:

Adolescencia y sexualidad.

Objetivo intermedio:

Los adolescentes serán capaces de explicar las alternativas de conducta sexual más comunes en la 2ª fase de la adolescencia.

Objetivos Específicos:

Al término de cada actividad los adolescentes serán capaces de:

- ❖ Describir la ubicación de la 2ª fase de la adolescencia
- ❖ Enumerar las características generales de esta época de la vida.
- ❖ Enumerar las conductas sexuales más frecuentes en esta edad.
- ❖ Discutir las ventajas y desventajas de cada una de ellas.

Contenido Temático

- ❖ Ubicación de la 2ª fase de la adolescencia dentro de la vida.
- ❖ Características generales de esta época de la vida.
- ❖ Conductas sexuales más frecuentes en esta edad.
- ❖ Discusión de ventajas y desventajas de cada una de ellas.+masturbación y autoerotismo.
- ❖ Abstinencia
- ❖ Caricias sexuales
- ❖ Relaciones fuera del matrimonio.
- ❖ Prostitución.
- ❖ Juegos homosexuales.
- ❖ Matrimonio precoz.

Técnica:

Dinámica de iniciación, exposición y discusión de grupos. Phillips 66.

Material de apoyo:

Acetatos. (Proyector de acetatos).

Tarea.

Se les pedirá que a partir de la siguiente sesión deben traer consigo un huevo, el cual cada quien puede decorar a su gusto, con la advertencia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que no lo pueden dejar solo(aún fuera del taller) y en caso de romperse no podrán sustituirlo ya que estarán marcados.

SESIÓN 2

Tiempo: 2 ½ HRS.

Tema:

Salud sexual, anatomía y fisiología sexuales.

Objetivos Intermedios:

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

Objetivos específicos:

Al término de la actividad los adolescentes serán capaces de:

- ❖ Identificar la anatomía y fisiología de los órganos sexuales masculino y femenino.
- ❖ Explicar los rasgos más importantes de la respuesta sexual humana durante sus tres fases.
- ❖ Explicar que la respuesta sexual puede presentar alteraciones y cuál es la conducta a seguir en este caso.
- ❖ Anatomía de los órganos sexuales del hombre y de la mujer.
- ❖ Fisiología de los órganos sexuales del hombre y de la mujer.
- ❖ Concepto de respuesta sexual humana, fase del deseo, excitación y orgasmo.
- ❖ Alteraciones de la respuesta sexual humana.

Técnica:

Lluvia de ideas, exposición, dinámica.

Material de apoyo:

Pizarrón, acetatos.

Ejercicio. ¿Sabes cómo soy? Di mi nombre.

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

Material: Pizarrón y gises.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Desarrollo:

- 1) Dividir al grupo en dos equipos. Pedirles que se identifiquen con el nombre que deseen y escribir los nombres en el pizarrón.
- 2) Explicar que el ejercicio consistirá en una competencia en la que un representante de uno de los equipos tendrá que describir a su equipo (sin decir el nombre específico) algunas de las partes anatómicas o de las funciones asociadas con la sexualidad humana que los miembros del equipo contrario le hallan dicho en secreto.
- 3) El representante tendrá como máximo 2 minutos para describir con todo detalle el proceso o la función que se le halla dicho. El educador (a) fungirá como árbitro de la competencia. La representación del órgano o la función que debe describir el educando debe ser por medio de mímica.
- 4) Los aciertos y fracasos serán anotados en el pizarrón y cada equipo se irá turnando la oportunidad de participar. El juego se prolongará hasta que el tiempo lo permita. Al final el educador (a) sumará los puntos y dará un premio simbólico (aplausos, una porra, etc.) al equipo ganador.
- 5) Cerrar el ejercicio comentando la conveniencia de conocer las partes y funciones asociadas con la sexualidad humana.

SESIÓN 3

Tiempo: 2 ½ HRS.

Tema:

Salud reproductiva, fecundación, embarazo, parto y puerperio.

Objetivos generales:

Los adolescentes serán capaces de describir el proceso desde la fecundación hasta el puerperio y explicar medidas preventivas pre y post natales para preservar la salud de la madre y del hijo.

Objetivos específicos:

Al término de la actividad los adolescentes serán capaces de:

- ❖ Explicar el proceso de la fecundación.
- ❖ Explicar el proceso del desarrollo intrauterino.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- ❖ Explicar los cuidados prenatales para preservar la salud de la madre y el niño.
- ❖ Explicar el proceso de parto y puerperio.
- ❖ Explicar la importancia de la lactancia materna.
- ❖ Explicar la importancia de los cuidados postnatales en la madre y el niño
- ❖ Explicar la importancia de la participación del padre en todo este proceso.
- ❖ Discutir el momento óptimo para que se dé un embarazo.

Contenido temático:

- ❖ Repaso de la anatomía y fisiología sexual y de la reproducción
- ❖ Concepto y proceso de la fecundación.
- ❖ Desarrollo intrauterino, cuidados prenatales.
- ❖ Puerperio, cuidados postnatales materno infantiles.
- ❖ Lactancia. Su importancia.
- ❖ Edad óptima para el embarazo.

Técnica:

Película y discusión dirigida, aunando exposición.

Material didáctico:

Película y laminas.

SESIÓN 4

Tiempo: 2 ½ HRS.

Tema:

Salud reproductiva. Embarazo en la adolescencia.

Objetivo terminal:

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

Objetivos específicos:

Al término de la actividad los adolescentes serán capaces de:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ❖ Identificar al embarazo en la adolescencia como de alto riesgo debido a las consecuencias biológicas que pueden traer consigo en la madre y el niño.
- ❖ Enlistar las consecuencias biopsicosociales del embarazo en la adolescencia a nivel individual, de la pareja, de la familia y del hijo
- ❖ Identificar las condiciones óptimas para el embarazo.
- ❖ Identificar las estrategias de preservación de la salud reproductiva.

Técnica:

Sociodrama y discusión en corrillos. Exposición.

- ❖ Material de apoyo:

Pizarrón, gises.

Nota:

Se retomara el ejercicio del huevo.

SESIÓN 5

Tiempo: 2 ½ HRS.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tema:

Salud sexual, higiene sexual en la mujer y en el hombre.

Objetivo Intermedio:

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

Objetivos específicos:

Al término de la actividad los adolescentes serán capaces de:

- ❖ Enlistar las medidas de higiene necesarias para conservar la salud sexual.
- ❖ Describir su importancia

Contenido temático:

La higiene sexual como medida para preservar la salud sexual:

MUJERES	HOMBRES
❖ Aseo diario	❖ Aseo diario
❖ Cambio de ropa interior	❖ Cambio de ropa interior

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Higiene de los genitales. ❖ Higiene de la menstruación. ❖ Examen de mamas. ❖ Prevención de cáncer uterino. ❖ Examen médico general, examen pélvico. ❖ Nutrición y salud. ❖ Descanso, ejercicio, salud, etc. ❖ Acné. ❖ Abstinencia, sexo seguro, anticoncepción. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Higiene de los genitales. ❖ Examen V.D.R.L. como profilaxis de la sífilis. ❖ Examen genital para corregir anomalidades (criptorquidia y fimosis) ❖ Nutrición y salud. ❖ Descanso, ejercicio, salud, etc. ❖ Acné. ❖ Abstinencia, sexo seguro, anticoncepción.
---	--

Técnica:

Carrillos y exposición.

Material de apoyo:

Laminas, pizarron y gis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SESIÓN 6

Tiempo: 2 ½ hrs.

Tema:

Enfermedades sexualmente transmisibles (ETS) y SIDA.

Objetivo Intermedio:

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

Contenido temático:

Concepto de enfermedades sexualmente transmisibles:

- ❖ Sintomatología general de las EST y SIDA
- ❖ Importancia del diagnóstico médico oportuno de las EST Y el SIDA

- ❖ Medidas preventivas generales de EST y SIDA

Técnica:

Exposición, preguntas y respuestas.

Material de apoyo:

Acetatos y proyector.

SESIÓN 7

Tiempo: 2 ½ hrs.

Tema:

Salud reproductiva. Anticoncepción.

Objetivo intermedio:

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

Objetivos específicos:

Al término de las actividades los adolescentes serán capaces de:

- ❖ Mencionar las ventajas de la abstinencia hasta una edad mayor.
- ❖ Mencionar la importancia de consultar a un profesional de la salud para elegir un método anticonceptivo.
- ❖ Enlistar las estrategias de inicio oportuno de la vida reproductiva espaciamiento entre un hijo y otro y terminación temprana de la reproducción como medios que colaboran a preservar la salud reproductiva.
- ❖ Enlistar los tipos de metodología anticonceptiva temporal y definitiva.
- ❖ Explicar los mecanismos de acción de los métodos anticonceptivos más eficaces.
- ❖ Enlistar los métodos anticonceptivos más recomendables para adolescentes de acuerdo con sus características individuales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Contenido temático:

Estrategias para la salud reproductiva, inicio oportuno (nunca antes de los 18 años), espaciamiento entre los hijos, terminación temprana (nunca después de los 35 años).

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

Técnica:

Exposición y discusión.

Material de apoyo:

Muestrario de anticonceptivos.

SESIÓN 8

Tiempo: 2 ½ hrs.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tema:

Algunos tópicos sociales de la sexualidad.

Objetivo intermedio:

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

Objetivos específicos:

Al terminar las actividades los adolescentes serán capaces de:

- ❖ Discutir el concepto de sexualidad desde un punto de vista amplio.

- ❖ Discutir sobre los tópicos sociales relacionados con la sexualidad que más les interesan.

Contenido temático:

- ❖ Concepto de sexualidad, Comercialización
- ❖ Aborto
- ❖ Prostitución
- ❖ Pornografía
- ❖ Drogas y sexo
- ❖ Papeles sexuales en una sociedad con roles igualitarios
- ❖ Variaciones de la conducta sexual
- ❖ Planificación familiar, paternidad responsable.

Técnica:

Sociodrama , exposición y discusión.

Reflexión de cierre del taller.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

EDAD:

SEXO: F () M ()

CUESTIONARIO

A continuación se te presentan una serie de preguntas, algunas son de temas personales y otras para saber cuanta información manejas alrededor de temas relacionados con la sexualidad, se te recuerda que todos los datos que se obtengan serán manejados confidencialmente.

1. ¿Cuántos años tienes?

2. ¿Con quién vives?

Esposo(a)

Novio(a)

Suegros

Familia de origen o sustitutos

Solo (a)

Amigas (as)

Solo (a) con mamá o mamá y hermanos

Papá y hermanos(as)

Otro, ¿quién?

3. ¿Sales con algún muchacho(a)?

Sí

No

4. ¿Hace cuánto tiempo?

Menos de un mes

Uno a tres meses

<p style="text-align: center;">TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>
--

Cuatro a seis meses

Siete a doce meses

Más de un año

5. ¿Qué tan seguido haces lo siguiente?

Te cuesta trabajo empezar una platica con tu pareja después de haberse peleado(o enojado)

Casi nunca

algunas veces

casi siempre

Cuando tu pareja está de mal humor ¿te sientes nervioso(a) si le hablas?

Casi nunca

algunas veces

casi siempre

Cuando tu pareja se equivoca, ¿se lo dices?

Casi nunca

algunas veces

casi siempre

¿Hablas con tu pareja sobre problemas que tienen en su relación?

Casi nunca

algunas veces

casi siempre

6. ¿A qué te dedicas ahora?

Estudiante regular

Estudiante irregular

Trabajar tiempo completo

Trabajar parte del tiempo

Al hogar

Buscaba trabajo

Trabajar y estudiar

Otro, ¿qué?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. ¿Hasta qué año piensas llegar en la escuela?

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria, secretaria o carrera técnica incompleta

Secundaria, secretaria o carrera técnica completa

Preparatoria o equivalente(vocacional) incompleta

Preparatoria o equivalente(vocacional) completa

Licenciatura incompleta

Licenciatura completa

Hasta que se pueda

No sé.

8. ¿En qué trabaja(trabajaba) tu papá o sustituto?

9. ¿En qué trabaja (trabajaba) tu mamá o sustituta?

10. ¿Hasta que año de la escuela cursaron tus padres?

Mamá

Papá

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria, secretaria o carrera técnica incompleta

Secundaria, secretaria o carrera técnica completa

Preparatoria o equivalente(vocacional) incompleta

Preparatoria o equivalente(vocacional) completa

Licenciatura incompleta

Licenciatura completa

No estudió

No sé.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11. ¿Cómo te llevas con tu mamá (o sustituto)?

Mal Regular Bien

12. Cuando tienes un problema personal ¿lo platicas con tu mamá?

No, nunca

A veces, depende

Sí, siempre

13. ¿Has hablado con tu mamá sobre sexo?

Si No

14. ¿Qué tanto has platicado con tu mamá(o sustituta) sobre sexo?

Nada

Poco

Mucho

15. ¿Cómo te llevas con tu papá (o sustituto)?

Mal Regular Bien

16. Cuando tienes un problema personal ¿lo platicas con tu papá?

No, nunca

A veces, depende

Sí, siempre

17. ¿Has hablado con tu papá sobre sexo?

Si No

18. ¿Qué tanto has platicado con tu papá(o sustituto) sobre sexo?

Nada

Poco

Mucho

19. ¿Qué tanto has platicado con tu madre sobre los siguientes temas?

Si tener o no relaciones sexuales antes de casarse

Casi nada

Regular

Mucho

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El número de hijos que quisieras tener

Casi nada **Regular** **Mucho**

Si usar anticonceptivos

Casi nada **Regular** **Mucho**

La menstruación

Casi nada **Regular** **Mucho**

Cuando tener el primer hijo

Casi nada **Regular** **Mucho**

20 ¿ Has tenido relaciones sexuales?

Si No

21 ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

22. ¿ Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?

23. Cuando tuviste tu primera relación sexual, ¿consideraste que podías embarazar a la muchacha(que te podrías embarazar)?

Si No

24. En las relaciones sexuales que has tenido ¿utilizas anticonceptivos?

25. ¿qué método utilizas con más frecuencia?

26¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, tú o tu pareja utilizaron condón?

Si No

27. ¿Me puedes explicar como se embaraza una mujer? (anotar textualmente)

28. Si quisieras conseguir algo para evitar el embarazo, ¿Podrías conseguirlo?

SI No No sé

29¿Son demasiado caros los anticonceptivos para que tú no los puedas comprar?

SI No No sé

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

30 ¿ Es fácil conseguir algo para no embarazarse (para no causar embarazo) sin que nadie se entere?

SI No No sé

31. ¿ Has platicado acerca de anticonceptivos con tu pareja?

SI No No sé

32¿Están de acuerdo tú y tu compañero(a) de quien debe de tener la responsabilidad del uso de anticonceptivos?

SI No No sé

33¿ Crees que tener que cuidarse para no tener bebes le quita lo romántico a las relaciones sexuales?

SI No No sé

34 ¿Crees que es demasiado tarde tratar de usar anticonceptivos cuando ya está excitada(caliente) tu pareja?

SI No No sé

35. ¿Es pecado usar algo para no embarazarse?

SI No No sé

36. Si se tienen relaciones sexuales antes de casarse y no se desea tener un bebé ¿ está bien que se haga algo para evitar embarazarse?

SI No No sé

37. ¿Crees que tener un bebé ahora arruinaría tu vida?

SI No No sé

38. ¿Piensas que un bebé te haría sentir más contenta(o)?

SI No No sé

39. ¿Crees que si tuvieras un bebé, no te sentirías tan sola(o)?

SI No No sé

40. Dos de las estructuras que corresponden al aparato sexual masculino son:

- La próstata y el clítoris
- El útero y los conductos deferentes
- Los testículos y los conductos deferentes
- El monte de Venus y los testículos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

41. El lugar donde se lleva a cabo la fecundación, que es la unión del espermatozoide con el óvulo es:
- La zona de los labios menores y el clítoris.
 - La parte terminal de las trompas de Falopio.
 - La parte inferior de la vagina.
 - Los contornos del ovario.
42. Los días más fértiles de la mujer dentro de su ciclo menstrual son:
- Del día 12 al 16 de su ciclo menstrual.
 - Los días que dura la menstruación.
 - Los cuatro días siguientes a la menstruación.
 - Del día 24 al 27 de su ciclo menstrual.
43. El período más recomendable para tener hijos es de:
- los 15 a los 20 años de edad.
 - Los 28 a los 37 años de edad.
 - Los 12 a los 18 años de edad.
 - Los 20 a los 30 años de edad.
44. Dos de las principales enfermedades sexualmente transmisibles son:
- el acné y el SIDA.
 - La gonorrea y la sífilis.
 - La sífilis y la esterilidad.
 - La gonorrea y las paperas.
45. Las enfermedades sexualmente transmisibles se presentan en:
- Personas que acuden frecuentemente a baños públicos.
 - Todas las personas que tengan un contacto sexual con prostitutas.
 - Cualquier persona que tenga contacto sexual con una persona infectada.
 - Las personas que tienen contacto sexual con homosexuales.
46. La masturbación:
- Favorece el retraso mental de quien la práctica.
 - Es una actividad saludable en la vida sexual de un individuo.

53. Si el hombre saca el pene(su miembro) antes de venirse, ¿Se puede embarazar la mujer?

Si No No sé

54. ¿se puede embarazar una mujer aunque sólo tenga relaciones sexuales de vez en cuando?

Si No No sé

55. ¿Se puede embarazar una mujer la primera vez que tenga relaciones?

Si No No sé

56. ¿Se puede embarazar una mujer por meterse a nadar a una alberca?

Si No No sé

57. ¿Crees que si una mujer toma pastillas para evitar el embarazo, ya nunca podrá tener hijos?

Si No No sé

58. Si se están tomando pastillas anticonceptivas se deben tomar a diario aunque no tengan relaciones sexuales muy seguido?

Si No No sé

59. ¿Es cierto que si una mujer se toma una pastilla anticonceptiva después de haber tenido relaciones sexuales, no se embaraza?

Si No No sé

60. ¿Puede servir un solo condón para dos o tres relaciones sexuales?

Si No No sé

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 3**ESCALA DE ACTITUDES**

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

TA: totalmente de acuerdo

D: En desacuerdo

A: De acuerdo.

TD: Totalmente en desacuerdo.

I: Indeciso.

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

TA A I D TD

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

¡ADELANTE!

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

TA A I D TD

2. Es sano que el adolescente tenga relaciones sexuales.

TA A I D TD

3. Una pareja puede tener relaciones sexuales de cualquier tipo

TA A I D TD

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

TA A I D TD

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. Las relaciones sexuales son para obtener placer
 TA A I D TD
6. Es necesario que el adolescente tenga relaciones sexuales
 TA A I D TD
7. El aborto se debe de legalizar en México
 TA A I D TD
8. El uso de anticonceptivos propicia el libertinaje en los jóvenes
 TA A I D TD
9. Obtener placer de las relaciones sexuales es algo que debe evitarse
 TA A I D TD
10. Se debe evitar usar anticonceptivos en la rutina sexual.
 TA A I D TD
11. Masturbarse es algo natural en los jóvenes
 TA A I D TD
12. Las mujeres deben permanecer vírgenes hasta el matrimonio
 TA A I D TD
13. Divertirse durante las relaciones sexuales es algo inadmisibile.
 TA A I D TD
14. Se debe evitar que se legalice el aborto en México
 TA A I D TD
15. Quedar embarazada siendo soltera es algo vergonzoso.
 TA A I D TD
16. Los adolescentes deben sentirse libres de hacer lo que deseen sexualmente.
 TA A I D TD
17. Las relaciones sexuales antes del matrimonio son aceptables.
 TA A I D TD
18. Los jóvenes deben evitar la masturbación.
 TA A I D TD
19. Si la pareja está de acuerdo puede tener relaciones sexuales orales.
 TA A I D TD

20. Es perjudicial para el adolescente tener relaciones sexuales.

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

21. Masturbarse es perjudicial para los adolescentes.

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

22. La pareja debe evitar las relaciones sexuales orales.

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

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

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

24. Es saludable que los adolescentes se masturben.

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

25. Los adolescentes deben evitar las relaciones sexuales.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

30. El aborto es un crimen.

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

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

32. Las relaciones sexuales antes del matrimonio es una actitud vergonzosa.
 TA A I D TD
33. Los jóvenes pueden disfrutar de las relaciones sexuales sin tener el contagio del SIDA.
 TA A I D TD
34. Una persona puede aprender a protegerse de la infección del VIH con la información proporcionada por la T.V.
 TA A I D TD
35. Si tuviera la oportunidad me realizaría la prueba de detección del VIH
 TA A I D TD
36. Si supiera que mi novio (a) está infectado (a) por el VIH lo apoyaría.
 TA A I D TD
37. Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA.
 TA A I D TD
38. La prostitución debe desaparecer para evitar que se difunda el VIH.
 TA A I D TD
39. Es necesario que se realicen más campañas de información sobre SIDA para prevenir la enfermedad.
 TA A I D TD
40. Evitaría tener amigos que estuvieran infectados del SIDA por miedo de contraer la enfermedad.
 TA A I D TD
41. Se debe evitar correr el riesgo de infectarse con el VIH usando siempre condón en las relaciones sexuales.
 TA A I D TD
42. Si mi pareja sexual estuviera contagiada con el VIH la apoyaría sin temor de contraer la enfermedad.
 TA A I D TD

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

49. Me interesa buscar información sobre el SIDA

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

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

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

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

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

52. Si mi novio (a) estuviera infectado (a) con el VIH, tendría relaciones sexuales con él (ella), con las precauciones necesarias.

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

TA A I D TD

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

TA A I D TD

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

TA A I D TD

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

TA A I D TD

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

TA A I D TD

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¡GRACIAS!