



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ACTITUD Y CONOCIMIENTO HACIA LA  
SEXUALIDAD EN UNA COMUNIDAD  
MAZAHUA.

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

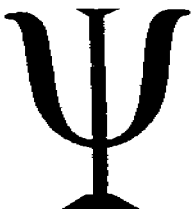
**PRESENTA:**

**ALICIA TABOADA NAVA**

**DIR. DE TESIS: MTR. SOTERO MORENO CAMACHO**  
**REVISORA: MTRA. GUADALUPE INDA SAENZ ROMERO**  
**ASESOR ESTADISTICO: LIC. MA. DE LOURDES MONROY TELLO**

**COMITE:**

**DRA. VICTORIA M. VARELA MACEDO**  
**DR. GILBERTO R. LIMON ARCE**  
**LIC. MARIA ISABEL MARTINEZ TORRES**



MEXICO, D. F.

2005

m345120



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

Por medio de la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e Impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Alicia Taboada Abua

FECHA: 02-01-05

FIRMA: [Firma manuscrita]

*Este gran esfuerzo está dedicado principalmente a Dios, pues él ha guiado mis pasos en todo momento, él ha depositado en mí su amor, su sabiduría, su paciencia, para que pueda llegar a esta meta y a todos los objetivos que conforman mi vida. Gracias Señor por estar conmigo, a mi lado y en mí. Te amo y toda mi confianza la tengo depositada en ti. Gracias por hacer en mí tu voluntad.*

*A mi padre, el Sr. José Santos Taboada Hernández, que en paz descanse y quien me heredó su tenacidad, responsabilidad y amor hacia lo que se hace. Papá: Quisiera que hubieses podido ver mis logros, sé que lo haces porque estas cerca de mí motivándome a continuar. Te amo, papá.*

*A mi madre, la Sra. Mariana Nava Pastrana, que me ha brindado en todo momento de mi vida su mayor confianza, me ha dado la libertad de elegir y me ha aconsejado como solo una madre puede hacerlo, ha dado por mí todo lo que hay en ella, su vida entera. Mami: Aunque no te lo pueda decir de frente, sabes que te amo y que te agradezco infinitamente todo lo que me has dado, perdona mis errores y recuerda que siempre te querré y estaré a tu lado.*

*A mi esposo el M. Ing. Omar Guillén Solís, a quien amo profundamente y quien me ha apoyado en todo momento y lugar con su amor y motivación. Mi amor: Gracias por compartir tu vida y tus logros conmigo. Espero poder pronto consolidar aún más nuestro amor en nuestros hijos. Te admiro muchísimo y valoro demasiado tener la bendición de estar a tu lado. Gracias por amarme pichuu.*

*A la familia Nava Pastrana por ser mi hogar, mi refugio, mi consuelo, gracias por la unión que ha prevalecido en nosotros y que es muy difícil de lograr. A mis abuelitos Nicolás y Beatriz (P), por todo su amor y cuidados hacia mí. A mis preciosas tías Lupita, Chuy y Flora por ser mis mamás y a mi tío Toño, gracias a todos por su amor y protección (Los amo). A mis primos por darme su amor de hermanos, por confiar en mí y compartir conmigo momentos inolvidables. A mis sobrinos, todo mi amor y mi confianza en que serán hombres y mujeres de bien, pues están dentro de la mejor familia del mundo.*

*A Jimena. "Luca", te amo y confío en ti plenamente, sigue adelante, disfruta tu juventud, no te des por vencida, ni te quedes con las ganas de nada, yo estoy contigo para apoyarte en todo lo que decidas. Tu sola presencia me llena de alegría, qué podré decir de lo que significas para mí. Gracias por quererme tanto.*

*A la Familia Taboada Hernández, a quien a pesar de la distancia física y espiritual, quiero y admiro. Lamento mucho no poder compartir mi vida con ustedes, pero siempre estarán presentes en mi corazón, pues sé que mucho de lo que soy es por esta gran familia. A mis primos y sobrinos más cercanos les agradezco haberme dado tantos momentos felices durante mi infancia y espero poder seguir compartiendo un poco de lo que soy con ustedes.*

*A la familia Guillén Solís, mi segunda familia, quien me ha apoyado con su confianza y me ha motivado para sortear los obstáculos. A mi suegra la Profa. Elizabeth Solís (Marilíz) y a mi güita la Sra. María del Rosario Oliva, gracias por quererme como una hija y recibirme en su familia con tanto amor, las quiero mucho. A mis cuñis, la Dra. Elvira Gómez y el Lic. Jorge René Guillén (Chachú y Jorge), pues con sus palabras de aliento y su cariño de hermanos me han motivado a mejorar en muchos aspectos de mi vida.*

*A mis hermanos y amigos, quienes me han dado muchos momentos felices e increíbles y principalmente me han brindado su amistad, apoyo incondicional, apapachos, oportunidades de crecimiento y experiencias. No tengo manera de agradecer a Dios y a ustedes por permitirme estar a su lado. Ojalá no omita a nadie, saben que a veces se me va la onda pero en mi corazón habitan permanentemente: Cloita, Goldie, Serge, Carmen, Mario, Jack, Josecillo, Beto, Anabell, Noé (Eno), Dany Vane, Alejandra, Wanda, Héctor, Monse, Carlos Andrés, Israel, Liz, Wendy, Rocío, Gina, Mónica, Andrés, Leo, David, Lorena, Laura, Lety, Jorge, a mi grupo de teatro y coro y los que en este momento se escape. A todos y cada uno tengo mucho que agradecer.*

*A mis niños preciosos que han llenado de alegrías y sonrisas mi vida, ojalá pueda ser yo un ejemplo para ustedes, los amo, profundamente: Emily, Flor de Liz, Carlitos, Regina, Frida, Jonathán, Ángel, Valeria y los que faltan.*

*A mis señoras y jóvenes mazahuas, a quien admiro, respeto y agradezco todas las enseñanzas que me dieron, así como el que me permitieran entrar a su hogar y ser parte de él aunque sea por un corto tiempo, quiero seguir luchando para que este país les brinde mejores perspectivas de vida.*

*A la Lic. Virginia Calviño Cancela, quien me ha brindado su confianza y apoyo para la culminación de este proyecto y para mi crecimiento profesional.*

*A mis compañeros de facultad por las experiencias vividas durante nuestra estancia en la escuela, por sus enseñanzas y camaradería. Espero de todo corazón que podamos todos lograr nuestros objetivos y llevemos a este país por un mejor camino.*

*A mis profesores, los mejores y pertenecientes a esta gran institución, por sus enseñanzas, dedicación y amor a su trabajo y profesión. Espero llegar a ser digna colega de ustedes.*

*A mis sinodales, gracias por aceptar y asesorar este trabajo, así como enriquecerlo con sus comentarios y sugerencias. Del mismo modo, por su disposición y tiempo que me otorgaron.*

*A la Profa. Ma. de Lourdes Monroy, quien me dedicó su tiempo y conocimientos para lograr la conclusión exitosa de este trabajo. Gracias Lulú por tu confianza, te aprecio sinceramente a pesar del poco tiempo que convivimos*

*Especialmente a mi guía, consejero y amigo, el Prof. Sotero Moreno Camacho, quien me llenó de paz en los momentos más difíciles de la elaboración de este trabajo y durante mis jornadas escolares. Profesor, es usted un verdadero maestro en toda la extensión de la palabra. Lo admiro, respeto y estimo muchísimo. Gracias por ser un ángel para mí.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi hogar, por haberme forjado intelectual y personalmente. Por haberme brindado sus espacios para vivir grandes experiencias y convertirme en la mujer que ahora soy. Por los maestros, personal administrativo y alumnos que día a día le demuestran a México y al mundo porqué es la Máxima Casa de Estudios. Continuemos creciendo, nuestros logros, son logros de nuestro país.*

*Orgullosamente UNAM*

*Para mí misma. Hoy me he demostrado que yo puedo hacer lo que me proponga y culminarlo con éxito. La dedicación y el amor, son los motores de la vida.*

*Alicia Taboada Nava  
Junio, 2005*

## Índice

<b>Resumen</b> .....	3
<b>Introducción</b> .....	4
<b>I. Actitud y conocimiento hacia la sexualidad.</b>	
I.1 Definición de actitud.....	9
I.2 Sexualidad.....	15
I.2.1 Adolescencia y sexualidad.....	21
I.2.2 Aspectos Psicosexuales de la adolescencia.....	22
I.2.3 Pautas de conducta sexual en la adolescencia.....	24
I.2.4 La primera etapa de la edad adulta (18 a 30 años).....	28
I.3 Desarrollo de la autoestima.....	35
I.3.1 Distorsiones cognitivas que torturan la autoestima.....	36
I.3.2 Diferencia entre autoestima y autoconcepto.....	38
<b>II. Habilidades sociales.</b>	
II.1 Definición de habilidad social.....	39
II.1.1 Evaluación del desempeño social.....	46
II.2 Entrenamiento para las habilidades sociales.....	50
II.2.1 Técnicas utilizadas en el entrenamiento en Habilidades Sociales.....	55
II.2.2 Estructura de los programas de entrenamiento en Habilidades Sociales.....	63
II.3 Las habilidades sociales en los mazahuas.....	66
<b>III. Método</b>	
III.1 Pregunta de investigación.....	77
III.2 Objetivo General.....	77
III.3 Objetivos específicos.....	77
III.4 Hipótesis.....	78
III.5 Definición de variables.....	78
*Definiciones conceptuales.....	78
*Definiciones operacionales.....	79

III.6 Diseño de investigación.....	79
III.7 Tipo de estudio.....	79
III.8 Sujetos.....	80
III.9 Tipo de muestreo.....	80
III.10 Instrumentos.....	80
III.11 Escenario.....	81
III.12 Procedimiento.....	81
III.13 Análisis de resultados.....	84
<b>IV. Resultados.....</b>	<b>85</b>
<b>V. Discusión y Conclusiones.....</b>	<b>108</b>
<b>VI. Limitaciones y Sugerencias.....</b>	<b>112</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>114</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>116</b>
Escala ICA-AUT 1997.....	117
Cuestionario de información sexual.....	118
Cuestionario de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Selección de reactivos).....	123
Taller de Autoestima y Sexualidad.....	128
✳ Importancia del conocimiento de la sexualidad.....	129
✳ La comunicación para el conocimiento.....	133
✳ Autoestima.....	136
✳ Anatomía y fisiología reproductiva.....	139
✳ Embarazo.....	142
✳ Métodos anticonceptivos.....	145
✳ Infecciones de transmisión sexual.....	150
✳ Alternativas para el ejercicio de la sexualidad en la adolescencia.....	154
✳ Metas a futuro y toma de decisiones.....	158
✳ Importancia de la autoestima en el ejercicio de la sexualidad.....	163
Diploma de participación .....	167



## RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo “conocer y modificar la actitud y el conocimiento que los habitantes de una comunidad mazahua tienen respecto al tema de la sexualidad, así como ubicar el nivel de autoestima e incrementarlo”. Para lo cual se utilizaron las siguientes escalas: Escala de Autoestima para adolescentes ICA-AUT (Moreno, 1997), Cuestionario de actitud hacia la sexualidad (Fundación Mexicana para la Planeación Familiar MEXFAM, 1998) y cuestionario de conocimientos acerca de la sexualidad (Almaraz L., Bonilla L., 1991). Estas fueron aplicadas a 13 miembros de la comunidad mazahua “Club Mazahua de mujeres”, habitantes de la ciudad de México, de entre 11 y 35 años de edad, los cuales, posteriormente, participaron en un taller de Autoestima y Sexualidad y finalmente se evaluaron mediante las escalas ya mencionadas, con el objetivo de reconocer el impacto que dicho taller tuvo. Los resultados obtenidos, muestran que la actitud no se modificó de forma significativa, sin embargo, los conocimientos, especialmente las áreas de fisiología femenina y embarazo si fueron susceptibles de incrementar, así como la autoestima.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo representa un esfuerzo por llevar el beneficio del conocimiento respecto a la salud sexual y reproductiva a las comunidades indígenas del país, debido a que son estratos de la población carentes de oportunidades de desarrollo y discriminados en todos los aspectos.

En él se buscó el respeto a las creencias y costumbres locales, pero con la intención de que impactara en la conducta sexual de la población, buscando calidad de vida.

Lamentablemente no es posible abarcar todas las poblaciones necesitadas de este tipo de apoyo, mucho menos por una sola persona, aunado a las características de las localidades y la poca colaboración de la mayoría de las organizaciones e instituciones encargadas de buscar las mejoras para las poblaciones indígenas.

Definitivamente el tema de la sexualidad continúa siendo mito, excepto tal vez para las personas o grupos más educados en este aspecto; sin embargo, las cifras de embarazos no deseados o planeados, abortos, infecciones de transmisión sexual y trastornos emocionales relacionados con aspectos de la sexualidad, demuestran que esta población "adecuadamente educada" es mínima, el resto ha crecido con dudas o ignorancia por diversos factores.

En esta investigación los indígenas jugaron el papel principal, pues los censos de nuestro país y la experiencia personal han sido los detonantes para iniciarla y cumplir con los objetivos planteados

Dentro de nuestra sociedad hay muchos aspectos olvidados o desatendidos que atañen a la misma y que no se les ha dado la importancia suficiente por diversos factores como el racismo, el temor o la indiferencia entre las clases sociales y económicas o por pensamientos negativos, tradicionalistas o conservadores, entre otros.

Estos aspectos se deben tomar en cuenta, ya que las consecuencias de la omisión son poco deseables, por lo que uno de los objetivos de este esfuerzo es buscar la prevención de riesgos innecesarios pero que se encuentran inmersos en la sexualidad, así como el mejoramiento de la calidad de vida en nuestro país.

La sociedad actual, aún no ha aprendido del todo a comunicarse, a pesar de que ya hay una gran cantidad de formas de hacerlo, son principalmente los adultos, a quienes les cuesta más trabajo hablar de algunos temas que a través de generaciones se han mantenido como tabúes

Los indígenas de nuestra sociedad son una población que no cuenta con la suficiente atención. Observamos lo vulnerables que son ante la marginación laboral, las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no planeados, las adicciones, accidentes, etc. De igual modo, su autoestima esta empobrecida por muchos elementos que giran alrededor de ellos, como son la marginación, el hacinamiento, la pobreza, la falta de oportunidades, la incertidumbre acerca del futuro, entre otros.

Así, surgió la necesidad de dar respuesta a las preguntas que en el ámbito sexual tienen, principalmente por el riesgo que corren dada la situación de marginación en la que viven, además de fomentar en ellos la puesta en práctica de los conocimientos que se les brindan, con el único objetivo de evitar consecuencias desagradables o riesgosas para ellos, sus familias y la sociedad en general. Con esto se pretendió prevenirlos de los riesgos del ejercicio inconsciente de la sexualidad y brindar información acerca de las alternativas que tienen para ejercer su sexualidad de manera libre y responsable. Esto último se concibió con la realización de un taller que informa acerca de elementos básicos relacionados con la sexualidad y que eleva la autoestima, ya que se ha visto en investigaciones anteriores (Martínez, J., 1995), que esta influye de sobremanera en la aplicación correcta de los conocimientos acerca de la sexualidad.

Es por esta razón que en este estudio se empleó la evaluación, mediante el uso de instrumentos dirigidos hacia la actitud ante la sexualidad, los conocimientos que tienen de la misma y la autoestima previos a la aplicación del taller. De igual modo se promovió la medición de su impacto en los participantes.

Es importante mencionar algunos de los elementos que con mayor frecuencia son objeto de duda, pues se pretende tener un paradigma acerca de los temas que debe contener un taller integral (que contenga elementos afectivos, cognitivos y conductuales), por lo que se hace la siguiente mención.

La sexualidad es uno de los motivos expresados a través de una diversidad de temas. Por ello, se consideraron las demandas relacionadas con el embarazo, los aspectos biológicos de la sexualidad, los métodos anticonceptivos, el inicio de relaciones sexuales, las alternativas para el ejercicio de la sexualidad, el VIH/SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, etc.

Las principales inquietudes sobre la posibilidad de que ciertas prácticas sexuales puedan generar riesgo de embarazo no deseado como el roce entre genitales, las relaciones sexuales durante la menstruación, la utilización del coito interrumpido, el rozamiento de genitales a través de la ropa o por prácticas de sexo oral, las formas de uso de los métodos anticonceptivos; los mitos alrededor del embarazo; los síntomas que se presentan, las pruebas existentes para detectarlo y la confiabilidad de las mismas.

Sin duda el embarazo es un evento trascendental en la vida de las personas; por ello, cuando no es planeado, genera temores por los cambios que este hecho puede crear en su proyecto de vida, lo cual insta a valorar los posibles apoyos (económicos, psicológicos y afectivos) de la pareja, familiares, amigos e instituciones, la posibilidad de abandono de la escuela y los estudios, la reacción de los padres, su proyecto de pareja (la ruptura con el compañero o compañera y el matrimonio o la unión libre), la salida del círculo de amigos y la responsabilidad que implica tener un hijo.

Durante la pubertad y la adolescencia ocurren transformaciones importantes en el cuerpo de las personas, sin embargo, las preocupaciones de hombres y mujeres son distintas, en parte por las características anatómo-fisiológicas, y en otro sentido debido a la construcción genérica y a la relación con el cuerpo. Por ello, en los hombres surgen dudas sobre el desarrollo y funcionamiento de los órganos sexuales tanto masculinos como femeninos, sobre todo muestran interés por conocer acerca del tamaño y forma del pene en relación a lo que se considera "normal"; expresan inquietudes acerca de las erecciones involuntarias, las poluciones nocturnas y el deseo sexual.

Es común en los hombres la preocupación por conocer acerca de la respuesta sexual humana, ya que consideran que de ello depende su desempeño sexual ante la pareja. Asimismo es frecuente su preocupación por la posibilidad de tener una disfunción y con frecuencia hacen alusión a la eyaculación precoz.

Sobre el tema de los métodos anticonceptivos suelen preguntar acerca de la efectividad de los métodos anticonceptivos, el costo, los lugares donde se consiguen, la pertinencia de combinar dos métodos, los efectos colaterales que provocan en la salud, la información respecto a los métodos disponibles en otros países como el condón femenino y las píldoras anticonceptivas para hombres.

Generalmente hay preguntas sobre la pertinencia de usar métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. Las razones: la creencia de que el condón les resta sensibilidad, la idea de que en la primera relación sexual no existe riesgo de embarazo y de que se requieren varias relaciones sexuales para que pueda ocurrir un embarazo. (conapo.gob.mx, 2002)

Tanto las mujeres como los hombres adolescentes y jóvenes demandan información general sobre el VIH/SIDA: qué es, cuáles son los síntomas que se presentan y las formas de protección; expresan temor a estar infectados después de haber tenido prácticas sexuales sin protección; manifiestan dudas acerca de las formas de contagio relacionadas con mitos: besos, abrazos, caricias, saliva o la

virginidad como protección; expresan temor a la realización del examen de VIH/SIDA; solicitan la dirección de instituciones que efectúan la prueba.

Todos estos aspectos son mencionados por personas que acuden a consultas en diferentes centros de atención, podemos decir que están interesados y que de algún modo tienen un proyecto de vida aún cuando este no esté bien cimentado y que al menos han recibido la educación básica y un poco más sin embargo la muestra a la que va dirigido este proyecto tiene características distintas al resto de los habitantes citadinos con los que comparte cultura y desarrollo, esta es de indígenas urbanizados, que viven en condiciones de marginación y hacinamiento, víctimas de la drogadicción o el alcoholismo, con un proyecto de vida pobremente fundamentado y que en el mejor de los casos han recibido la educación básica.

Es por estas y más razones que el estudio pretende realizarse con una de tantas muestras que aún requieren de mayor apoyo y que este se les brinde de la manera más sencilla, amena y veraz posible, buscando aún un beneficio mínimo pero efectivo.

# I. ACTITUD Y CONOCIMIENTO HACIA LA SEXUALIDAD.

## I.1 Definición de actitud.

Una actitud se considera como una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada. (Fazio, 1989, citado en Morales, 1999).

Esta definición nos da una explicación general acerca del fenómeno, el cual podemos entender más fácilmente si definimos “objeto” como cualquier situación social, persona o problema social, por ejemplo, ir a un lugar en particular, con cierto tipo de personas, con las cuales no llevamos una relación positiva o estar ante un problema de difícil resolución.

La “evaluación” implica el afecto que el objeto despierta en nosotros, las emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de ciertas experiencias, o las creencias que tenemos hacia ese objeto. Las actitudes son favorables / desfavorables, (positivas/negativas) (mucho / poco...) y esta dicotomía, es la evaluación que hacemos de ese objeto.

En resumen, podemos decir, que la actitud se refiere a las creencias y sentimientos relacionados con una persona o evento y con el comportamiento resultante. Las reacciones se pueden manifestar en creencias, sentimientos, o inclinaciones para actuar (Myers, 2000).

En esta asociación participan tres procesos diferentes, aunque su participación puede no ser de la misma intensidad. Estos procesos son:

- **Cognitivo:** Si la asociación se da por el conocimiento de las propiedades del objeto
- **Afectivo:** Si se da por el recuerdo de experiencias positivas o negativas con el objeto.
- **Conductual:** Si la asociación se va dando gradualmente por el contacto que tanto objeto como persona tengan

La dificultad principal para reconocer que existe una actitud positiva o negativa, estriba en que no es directamente observable o medible, por lo que debe ser inferida por las respuestas que refleja; y para conocerla es necesario conocer los tres componentes que la forman

La importancia que las actitudes tienen en la vida de todo individuo, radica en que, las actitudes positivas hacia un objeto, van a guiar al individuo hacia la consecución de sus objetivos, en cambio, la actitud desfavorable, trata de evitar la asociación con situaciones que vayan en declive, evitando con ello tomar el riesgo de poder llegar a un objetivo deseable.

El factor que puede hacer variar la actitud y el comportamiento, es la *presión social*.

La actitud hacia un objeto conocido está más consolidada y es más resistente al cambio que si es un objeto desconocido.

Para valorar la actitud se debe preguntar "que harías".

Para medir actitudes se pregunta:

1. *¿Qué piensas, crees, opinas...?*
2. *¿Qué sientes, notas, percibes, me gusta, valoro, proyectas, ...?*
3. *¿Qué harías? (nunca que haces, has hecho o harás)*

Cuando el objeto es desconocido puede plantearse en términos hipotéticos: ¿qué pensarías? ¿Qué sentirías? (Psicoactiva, 2000)

¿CÓMO SE MIDEN?

Tres tipos de escalas:

**Thurstone (1928)**

**Likert (1932)**

**Osgood (diferencial semántico)**



### THURSTONE (1928)

La escala debe contener unos ítems que deben prepararse cuidadosamente y han de contener los 3 componentes (Cg+Af+Cd) y deben cumplir unas características o condiciones:

- No ha de contener dos argumentos → formulación simple. No podríamos saber a cual contesta.
- Referido a actos presentes, ni pasados, ni futuros.
- Evitar los términos: siempre, poco, mucho, todos, nadie.. ya que son *términos absolutos* y las actitudes son *constructos dinámicos* y por tanto no sirven.
- Evitar las negaciones y las dobles negaciones.

Todas estas características son también válidas para Likert.

Para Thurstone lo importante es validar la escala. Prepara muchos ítems y utiliza la "prueba del jurado" para validarlos: se pasa la escala a unos sujetos (entre 150 y 200 personas) que no han de responder al cuestionario, pero que son lo más parecido posible a la muestra seleccionada (no se refiere a un grupo de expertos), y deben decir si el enunciado está a favor o en contra del objeto de actitud.

*Ejemplo:* "Creo que la pertenencia a una buena iglesia, aumenta el respeto por uno mismo y el sentimiento de ser útil": favorable a la iglesia.

No se pregunta que piensan o responderían ellos, sino simplemente si es favorable o desfavorable (respuesta dicotómica).

Los ítems no consensuados se eliminarían.

Los ítems neutros deben mantenerse.

## LIKERT (1932)

Parte de los supuestos de Thurstone.

La escala de Likert es más simple en su construcción y su validación.

Para elaborar enunciados, todas las características de Thurstone son válidas para Likert.

Además añade:

- Evitar que puedan interpretarse de más de una forma: claros, frases simples y sin complejidades
- Lenguaje directo y muy comprensible para la muestra
- Frases cortas (no más de 20 palabras)
- Un único concepto
- Evitar los enunciados que puedan ser aceptados o rechazados por prácticamente todos, ya que no discriminan y no aportan información sobre la actitud de la muestra.
- Evitar los irrelevantes para el objeto de estudio: desconcentran, obligan a reconcentrarse y pueden provocar "ruidos" (interferencias).
- Recomienda que la mitad de los enunciados estén a favor y la otra en contra y que se entremezclen: para evitar que se responda por inercia.
- Recomienda que existan números similares de enunciados de los 3 componentes. Si de alguno ha de haber más ítems, que sea del afectivo.
- Si se compara tendencia y conducta, cargar sobre las tendencias comportamentales. A la hora de analizar no se separan los componentes.

## ¿CÓMO SE CONSTRUYE?

En el caso de Thurstone, sólo se marcaban los ítems que estaban a favor, con lo cual a partir de la puntuación obtenida previamente por el "jurado" se calculaba la del sujeto.

Likert propone después de cada enunciado, una *escala graduada* que va del "Totalmente favorable o de acuerdo" al "Totalmente desfavorable o en desacuerdo". Los intervalos pueden ir del "1 al 5" (éste es el más utilizado y lo recomienda ella) y del "1 al 10" porque se asocia a las evaluaciones de estudiantes y provocar interferencias.

Si el objeto es muy conocido, puede utilizarse del "1 al 7" porque genera más matices.



Otra forma de presentación es:

Totalmente favorable, bastante favorable, neutro (ni a favor, ni en contra), bastantes desfavorable, totalmente desfavorable.

Si los enunciados están bien hechos, el término medio (3, neutro) no es fácil que sea contestado.

*¿Qué valoración se le da al término neutro?*

- 1) puede indicar que no se posiciona
- 2) que no toma obligación o responsabilidad por las exigencias del término
- 3) si el enunciado está bien formulado, no puede interpretarse como DEPENDE

Antes de pasar el cuestionario, han de darse, a todo la muestra, unas instrucciones concretas y claras. Debe indicarse como señalarlo (preferible utilizar el círculo y reservar la cruz para el error y tachar).

La cabecera del cuestionario debe contener el motivo y remarcar el anonimato.

Al final: los datos de edad, sexo, carrera profesional, las que puedan parecer amenazantes (porque tocan la privacidad).

Ejemplos de ítems:

- La anorexia es una enfermedad de gente rica (cognitivo). *Buen ítem.*
- Comer no es necesario. *Falta el objeto, todo el mundo estaría de acuerdo → eliminarlo*

### OSGOOD (diferencial semántico)

Las escalas de Thurstone y Likert han de contemplar los 3 componentes.

Osgood dice que la actitud es un continuo con una bipolaridad y que son antagónicos (*totalmente a favor vs. totalmente en contra*) y cuando evaluamos, cuantificamos un objeto.

Se construye una lista de adjetivos antagónicos: bueno vs. malo, agradable vs. desagradable. En la parte superior se coloca el objeto de actitud (ejemplo, alcohol) con la escala del 1 al 5 en el centro de los dos adjetivos.

Es una fórmula simple que completa la escala de Likert, sería aconsejable añadir unos 6 ítems de Osgood.

Es una calificación directa, por eso no necesita los 3 componentes. (Psicoactiva.com, 2000)

## 1.2 Sexualidad.

La estructuración mental de la sexualidad es el resultado de las construcciones que el individuo hace a partir de las experiencias que vive y se originan en diferentes momentos de la vida (procreación, género, experimentación de placer físico durante la respuesta sexual y el desarrollo de vínculos afectivos con otras personas).

La significación mental que el individuo hace de estas experiencias conforma su sexualidad.

El estudio de la sexualidad puede hacerse desde diferentes perspectivas como son: la biológica, psicológica, social, antropológica y legal.

Es difícil definir a la sexualidad, pues se trata de una abstracción, una forma de concepcionar cuestiones mentales que se presentan ante una realidad en nuestra existencia y que intentamos entender. Así, aunque la forma de reproducción en los humanos no ha variado, si lo ha hecho la manera en la que se explican las conductas de tipo sexual. La sexualidad, en la vida de todo hombre o mujer, está presente incluso antes de su concepción; conforme el individuo crece su sexualidad va sufriendo transformaciones físicas, psicológicas y sociales, por lo que se puede afirmar que se trata de una característica inherente al ser humano. Es por ello que ha interesado desde siempre, sin embargo, como objeto de análisis científico, es hasta fines del siglo XIX cuando surge como materia de investigación y análisis por parte de estudiosos que se plantearon esta problemática como tema de interés, discusión y crítica.

Las sociedades "tradicionales" participan en el proceso de modernización del país mediante la incorporación de las propuestas de los grupos sociales hegemónicos en sus valores y prescripciones, o en su repertorio de posibilidades de acción individual mediante la difusión de sus modelos en la comunicación masiva y con la

validación que da la ciencia, utilizando algunos de los contenidos culturales provenientes de los grupos subyugados para legitimar su dominio.

En México la sexualidad como construcción cultural ha sido también sujeta a un proceso de secularización, con lo cual la sexualidad “ya no es pecado”; la psicología, la sexología y la medicina han elaborado nuevos parámetros con los cuales se mide la adecuación de las personas, y se busca el control sobre ellas de manera más eficaz. Actualmente nuestro país existe una mezcla de valores sexuales de la religión católica con otros vinculados a la filosofía de la modernidad como son la igualdad entre géneros y la elección individual.

Desde la época de la conquista en México la imposición de la religión católica introdujo las mismas creencias y prescripciones morales que regulaban la actividad sexual y sus significados en la España colonialista, por lo que la cultura mexicana actual es vehementemente católica en términos de su moral sexual.

El proceso de modernización de la cultura en México afecta la construcción cultural de la sexualidad. Si embargo, este proceso no sigue una dirección unívoca hacia lo que las sociedades occidentales dominantes llamarían progreso. (Amuchástegui, A., 1998).

Otro problema difícil de resolver es que la ciencia ha desarrollado múltiples estrategias para asegurarse de que sus conclusiones no son subjetivas, propias del científico que la estudia, sino objetivas, producto de la realidad; para lo cual se ha buscado la manera de medir lo que se estudia, asegurándose de que lo que se ve sea visto de la misma manera, independientemente de quien observa. La medición científica permite describir, comparar y comprobar. Sin embargo, el problema radica en la delimitación precisa de lo que se va a medir, escogiéndose fenómenos que se puedan medir a determinado nivel. Las dimensiones humanas se manifiestan a diferentes niveles. La sexualidad se manifiesta en todos los niveles de la existencia humana. Estos estudios se han realizado desde enfoques parciales o integradores, reconociendo que la sexualidad no se manifiesta de la misma manera en todas las sociedades, por lo que se requiere de la

estructuración de modelos propios, que permitan entender y transformar nuestro comportamiento sexual.

El concepto de sexualidad no es fácilmente identificable, muchas veces el autor da por hecho que los lectores entienden el concepto. Sin embargo, la idea de sexualidad se forma de acuerdo a lo que un grupo social entiende y lo que a cada persona le significa, entre todos construyen el concepto.

De esta manera, la sexualidad es una construcción mental de los aspectos de la existencia humana que adquieren significado sexual, por lo que no es un concepto acabado o definitivo (Rubio, 1998).

La palabra sexualidad, frecuentemente se reduce al acto sexual, y mediante este la gente expresa sus sentimientos sexuales, sin embargo, abarca desde el nacimiento a la muerte e involucra sentimientos, emociones, actitudes, pensamientos, comportamientos y aspectos físicos (Pick, 1995).

La sexualidad forma parte de la evolución y de la personalidad integral de todo ser humano, cumple con varias funciones, entre las que se encuentran la reproducción humana; además de ser una de las fuentes más placenteras y motivantes en el comportamiento humano (Almaraz, Bonilla, 1991).

Refleja nuestro carácter humano y no solo nuestra naturaleza genital: como función de la personalidad total, atañe a las variables biológicas, psicológicas y sociales de la vida, que a través de sus efectos en el desarrollo de la personalidad y las relaciones interpersonales puede afectar la estructura social, a la vez que es en gran parte determinada por la misma (Corona, 1982, citado en Solís, 1991)

Al hablar de sexo o sexualidad, la idea inicial se refiere a los órganos genitales o a su expresión física, sin embargo, al hablar en un aspecto amplio y profundo de la personalidad total, se habla de la suma de sentimientos y la conducta del individuo como varón y mujer, mediados en razón de la experiencia y el aprendizaje sexual,

lo cual guarda estrecha relación con el ajuste emocional y social del individuo y a su desarrollo físico

*En concreto, la sexualidad comprende todas las expresiones de la vida cotidiana en las que estén involucradas las relaciones entre hombres y mujeres, el acto coital, las diferencias físicas, de roles de género, entre, el afecto a sí mismo, a su cuerpo y su forma de actuar, etc. , mismas que se engloban en la esfera biopsicosocial de cada individuo y lo diferencian como varón o mujer en su grupo social, y comprende todas las actividades de cada persona durante su desarrollo general.*

Al notar la presencia innegable de la sexualidad en la vida de todo ser humano, de las sociedades y sus relaciones, así como las distorsiones en su manejo, surge la necesidad de educar en sexualidad.

La educación de la sexualidad puede ser formal o informal, la primera es la que se da basada en la ciencia y como resultado de investigaciones realizadas por expertos, regularmente se da en la escuela o en libros técnicos y especializados, la informal, es la que se brinda por la experiencia de otros, personas que dan su punto de vista con base en lo vivido y no en sustentos teóricos, frecuentemente se da por los padres, amigos, publicaciones informales como revistas, etc. (Almaraz, Bonilla, 1991).

Esta educación formal es la descrita como un conjunto de contenidos racionales e informativos divulgados mediante el discurso científico. Es neutral, objetivo y hasta necesario para lidiar con el mundo moderno. Su legitimidad le es otorgada por los sistemas de escolarización formal (Amuchástegui, A., 1998).

Sin embargo, la experiencia de otros investigadores ha dado resultados contrarios a lo idealizado, pues en la educación impartida por maestros se cae frecuentemente en la subjetividad al dar información incompleta, asistemática y basada en la experiencia personal de los profesores. Del mismo modo, los



adolescentes pocas veces buscan a sus padres para resolver sus dudas referente a la sexualidad, pero es importante que ellos estén informados respecto al tema para entender mejor a sus hijos y propiciar una comunicación adecuada (Almaraz, Bonilla, 1991).

Las investigaciones de Amuchástegui (1998) muestran que en México la educación informal también está conformada del saber sensual, el saber del cuerpo que es visto como una forma sospechosa de actividad sexual femenina, y como indicador de la calidad moral de la mujer. Aquellas mujeres que muestran esta clase de saber son consideradas inmorales, mientras que los hombres están solamente cumpliendo con las expectativas que se tienen de ellos, lo cual se encuentra profundamente arraigado en la identidad y las diferencias de género.

La información debe preceder a las conductas de riesgo. El trabajo preventivo debe ir más allá de la elaboración de carteles o de enseñar a colocar condones en objetos inanimados. Las intervenciones preventivas deben ser de tipo vivencial y de acuerdo a cada grupo social.

Frecuentemente, la información preventiva no cumple su propósito, porque no sólo resulta insuficiente para provocar un cambio de comportamiento, sino que va en detrimento mismo de la respuesta buscada. Lo mismo sucede con la información sobre la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Para las personas que hayan incurrido en una conducta de riesgo recibir información sobre la posibilidad de estar infectados provoca mucha angustia y tensión, y esto las lleva a negar la relevancia de la información. En esos casos, los conocimientos no son suficientes para cambiar la conducta sexual hacia la prevención, e incluso pueden resultar contraproducentes. La información preventiva es efectiva siempre y cuando la población receptora no haya incurrido aún en conductas de riesgo. Sólo así ayudaría a las personas a decidir respecto a modificar o no sus conductas. Desgraciadamente, la mayor parte de la información preventiva llega tarde, cuando el o la joven ya inició su vida sexual. Se debe llegar mucho más

temprano, con información precisa, clara y accesible para la niñez y la adolescencia, donde la sexualidad sea vista sin morbo, de manera constructiva y saludable. También se requiere que los padres de familia se involucren en el proceso educativo para que éste sea consistente. Ya que si la información brindada es incongruente con la proporcionada por otra fuente, se vuelve contradictoria, el infante o adolescente no sabría a quién darle la razón. Una vez iniciada la práctica sexual, la situación se vuelve más compleja. Ahí los programas preventivos deben incluir no sólo información general, sino una valoración adecuada hacia el uso del condón. Para esto hay que enfrentar actitudes y valores anteriores, como los religiosos, que dificultan el cambio de comportamientos y la percepción positiva del condón. Se debe crear primero un entorno favorable a la práctica sexual para poder incidir en el uso del condón. Los programas de educación sexual deben incluir la parte biológica y la afectiva; las emociones y el respeto a la otra persona, a sus decisiones, actitudes y valores, tanto como a los propios. Las personas con educación sexual, que conocen y manejan sus emociones, se responsabilizan de sus actos. Además, suelen retrasar su iniciación sexual, y una vez llegado el momento, dicho inicio resulta mucho más constructivo, sano y sin culpas. Saben decir "no" cuando no desean una relación sexual y utilizan condón cuando se saben en riesgo. La valoración personal ayuda a tener conductas preventivas: "si valgo la pena, voy a cuidarme". Es necesario hacer "atractivo" el uso del condón, esto puede significar útil (con el condón no hay embarazos no deseados, ni contagio de infecciones de transmisión sexual), o una relación más placentera (a través de medios táctiles o sensoriales: olores, sabores y texturas, etcétera), pero atractivo puede también significar mayor afectividad y amor, una parte poco trabajada. Con la erotización del condón, se le toma como un dispositivo sólo para ser usado con parejas ocasionales, lo que no está mal, pero se necesita ir más allá, incorporarlo a la pareja regular, ligarlo al afecto, al amor y al cuidado. Que la gente llegue a pensar: 'el condón sirve para cuidar a mi familia, a mi pareja'. (Díaz Loving, 1999, citado en [www.lettraese.org.mx](http://www.lettraese.org.mx))

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene como objetivo en este rubro que exista salud sexual, definiendo esta como la integración del ser humano de lo semántico, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus probabilidades de comunicación y de dar y recibir amor.

### **1.2.1 Adolescencia y Sexualidad.**

El periodo de la adolescencia comprende de los 12 a los 19 años, es una época de rápidos cambios y difíciles empresas. El desarrollo físico es sólo una parte de este proceso, porque los adolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales como son: la independencia de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, la incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, el fomento de las capacidades intelectuales, la adquisición de una responsabilidad social e individual básica, entre muchas otras.

Pero a la vez que el adolescente se encara con tan compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución conjunta como ser humano, debe dirimir su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en las diversas clases de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor asimilando los conocimientos necesarios para impedir que se produzca un embarazo no deseado, etc.

No es extraño que en ocasiones el adolescente sea víctima de conflictos, sufrimiento y desconcierto.

Por otro lado, la adolescencia también es una etapa de hallazgo y eclosión; una época en que la maduración intelectual y emocional corre paralela con el desarrollo físico y genera una libertad y un creciente apasionamiento vital. La

adolescencia no es únicamente un periodo de turbulencia y agitación, como quieren las concepciones tradicionales, sino que, a la vez, suele ser una fase de goce y felicidad que marca el tránsito agitado y tumultuoso al estado adulto. La naturaleza paradójica de la adolescencia se patentiza sobre todo en la esfera de la sexualidad. (Craig, 1997)

## **1.2.2 Aspectos psicosexuales de la adolescencia**

### *Fantasías sexuales*

Los sueños y las fantasías sexuales se toman más frecuentes y explícitos en la adolescencia, muchas veces como elemento auxiliar de la masturbación. Parece ser que la fantasía, en el marco de la adolescencia, cumple varios cometidos: realiza por lo general el placer de la actividad sexual; puede sustituir a una experiencia real (pero inasequible); origina excitación o provoca el orgasmo; constituye una especie de plataforma de ensayo mental de cara a ulteriores situaciones sexuales (aumentando la tranquilidad y anticipándose a posibles problemas, igual que ocurre con el ensayo de cualquier otra actividad) y, en fin, supone un medio de experimentación sexual sin riesgos, controlable y nada conmocionante. La experiencia del adolescente, en cuanto a la exploración del alcance y aplicabilidad de las fantasías, repercute decididamente en su actividad sexual y en la propia seguridad a la hora de desempeñarse sexualmente en fases posteriores.

### *Independencia*

A medida que el adolescente pugna por consolidar un sentido de identidad e independencia personal con respecto a sus padres y a otras figuras autoritarias, adquieren gran importancia las relaciones recíprocas con los compañeros y compañeras de la misma o parecida edad. Así, por ejemplo, la necesidad de libertad que experimenta el adolescente se acompaña normalmente del imperativo

de ser como sus amigos, por más que en ocasiones ambas exigencias sean contrapuestas o antagónicas.

Las presiones del grupo de edad a que pertenece el adolescente varían según las colectividades sociales.

En su ansia por liberarse de la supervisión de los padres y de los adultos, algunos adolescentes ven en el sexo un medio de demostrar su aptitud para tomar decisiones propias y de presentar de cara a la escala de valores de la otra generación. Pero la conquista de esa libertad no es tarea fácil, ya que los adolescentes adquieren de un modo y otro un considerable legado sexual de sus mayores y de la generación correspondiente en el que se incluyen pautas discriminatorias hacia el sexo femenino y un intenso sentimiento de culpabilidad sexual. Han cambiado antes las actitudes que la conducta, puesto que hoy está muy extendida la idea de igualdad entre ambos sexos, no obstante, perdura en ciertos aspectos el criterio de la superioridad del varón. Aún se espera que sea éste el que tome la iniciativa sexual, y si es la mujer la que lo hace, lo más probable es que se la tache de "atrevida" u "ofrecida". Los adolescentes no se han desembarazado de todo vestigio de problemas sexuales, mala información y desconcierto en materia de sexualidad; más bien parece que hayan sustituido determinados problemas por otro contingente de dificultades.

### *Reacciones paternas*

Muchos adultos dan la impresión de sentirse amenazados por las pautas del adolescente en esta materia y tratan de regularlas de manera ilógica, como lo demuestra el hecho de que se pretenda a veces suprimir la educación sexual en las escuelas ("les llenaría la cabeza de malas ideas"), restringir la información sobre métodos anticonceptivos ("que sigan teniendo miedo a quedar embarazadas"), censurar libros y películas o, sencillamente, fingir que la sexualidad del adolescente no existe en absoluto. Por fortuna, no todos los padres adoptan una visión tan negativa de la sexualidad juvenil y en algunos casos

asumen posturas más liberales. También es importante constatar que la conducta sexual del adolescente puede crear inquietud en los progenitores. A muchos padres les preocupa que sus hijos adolescentes se vean atrapados en un embarazo involuntario, conscientes de que, aun cuando él o ella dispongan de medios anticonceptivos, quizá no los sepan utilizar eficazmente en el momento preciso. Los padres también se inquietan, y no sin motivo, de que sus hijos adolescentes puedan contraer una enfermedad venérea. (Craig, 1997).

Amuchástegui (1998) menciona que hablar sobre sexualidad y placer es casi una de las formas de realizarlos, y existen reglas sobre quién, cuándo, dónde y con quién hablar de ellos. Excepto por la escuela, existe un rígido sistema de división de géneros en cuanto al discurso sobre sexualidad; no se considera apropiado tener conversaciones acerca de ella. Hablar sobre sexo, el cuerpo o el erotismo, aún con el (la) compañero (a), requiere que ambos compartan el mismo código moral.

Hablar sobre sexo parece considerarse una manera de llevarlo a cabo, y su prohibición puede relacionarse con la posibilidad de que el habla produzca algún tipo de placer que anticipe o incluso incite al coito y encuentros eróticos. (Amuchástegui, 1998).

### **1.2.3 Pautas de conducta sexual en la adolescencia**

#### *La masturbación*

Kinsey y colaboradores (1953, citado en Craig, 1997) detectaron una marcada diferencia en cuanto a la incidencia de la masturbación en los varones y en las mujeres. No obstante, la tendencia actual indica un aumento de la masturbación en las muchachas adolescentes.

La masturbación cumple en los adolescentes varias funciones de importancia, como son el alivio de la tensión sexual, el constituir una forma inocua de

experimentación sexual, la mejora de la autoconfianza en el desempeño sexual, el dominio de los impulsos sexuales, la mitigación de la soledad y una válvula de escape de la tensión y el estrés generales. (Craig, 1997).

Las jóvenes de la Ciudad de México viven una aguda contradicción ya que, por un lado, el deseo sexual femenino es considerado una realidad, a través de la validación que le otorgan los discursos modernizantes de la sexualidad en la institución escolar y los medios de comunicación masiva, y por otro, es condenado por creencias católicas de la feminidad profundamente arraigadas, por lo que la masturbación crea conflicto y culpa (Amuchástegui, 1998).

### *Las caricias (petting)*

Kinsey y colaboradores lo definen como el contacto físico entre varones y mujeres con miras a lograr la excitación erótica sin realizar el coito.

El petting debe contemplarse a la luz de los cambios de actitud que hoy se observan en la conducta sexual del adolescente. Además de practicar buen número de actividades sexuales a edad más temprana que otras generaciones, muchos de los adolescentes de nuestros días han prescindido de la costumbre de "salir" o darse cita con compañeros o compañeras y de "entablar un noviazgo" formal, y se atienen a pautas de interacción social menos estructuradas.

### *El coito*

La primera experiencia coital puede constituir un episodio de dicha, goce, intimidad y satisfacción o, por el contrario, originar inquietud, desengaño y culpa.

Es un error deducir que los chicos y chicas que tienen su primera relación coital a edad más temprana son por ello mismo promiscuos, ya que muchos adolescentes jóvenes se limitan a realizar la experiencia con una misma compañera en cada ocasión. También debe tenerse en cuenta que no pocos adolescentes que ya no son vírgenes realizan el acto sexual con escasa frecuencia. En el caso de algunos

muchachos, sobre todo los que "probaron" efectuar la cópula por el afán de experimentar, develando el misterio hallan menos intrigante y apetecible la relación sexual y pasan largos periodos sin hacer el amor o copulando de tarde en tarde, impulsados a veces por el deseo de encontrar "la persona adecuada". Los adolescentes que mantienen una relación amorosa que permanece desde hace tiempo, suelen realizar el coito con bastante regularidad.

En los últimos años se ha puesto de manifiesto que entre los adolescentes con experiencia sexual está emergiendo un contingente que se muestra desengañado, insatisfecho o turbado en lo que atañe a su vida sexual. En ocasiones se trata de muchachos o muchachas que esperaban tanto de esa primera experiencia que luego se sienten poco menos que frustrados o estafados si la situación no resulta conmovedora. Otros padecen trastornos sexuales que les han impedido gozar del contacto íntimo. Un tercer contingente está constituido por adolescentes que en un principio gozan con la experiencia sexual, pero que pierden interés por ella cuando se dan cuenta de que la relación con el compañero o compañera tiene tan sólo una motivación sexual, o cuando se rompe el vínculo y una parte se siente utilizada o manipulada. Buena parte de esos optan por la continencia para salir del paso, en la confianza de que cuando sean mayores- o cuando den con la pareja adecuada- las cosas serán de otro modo. Por último están los que, siendo sexualmente activos, hallan escaso o nulo el placer en las relaciones íntimas.

### *Experiencia homosexual*

Los estudios de Kinsey pusieron de manifiesto que muy frecuentemente los adolescentes varones habían tenido al menos una experiencia homosexual, en tanto que el porcentaje de experiencias lésbicas entre muchachas era muy inferior.

Conviene tener presente que un encuentro aislado entre dos adolescentes del mismo sexo o una pauta efímera de actividad homosexual no basta para afirmar que el individuo tenga una inclinación de este tipo. La mayor parte de los adolescentes que han tenido experiencias homosexuales no se ven como tales y,



ya adultos, su conducta es heterosexual. Aun así, hay adolescentes que albergan sentimientos de culpa y se muestran ambivalentes respecto a su orientación sexual como consecuencia de un solo episodio de ese género, lo que les turba emocionalmente.

El adolescente que se inquieta ante la idea de ser homosexual reacciona de muy diversas formas. Los hay que evitan toda relación con individuos del mismo sexo a la vez que tratan de reforzar su identidad heterosexual saliendo con chicas y entregándose a contactos amorosos heterosexuales. Otros optan por evitar todo tipo de situaciones sexuales. Además, están los que se tienen por bisexuales, los que estiman que la excitación homosexual es una etapa transitoria que dejarán atrás, y, en fin, los adolescentes que recaban la ayuda de un profesional para salir de apuros.

Algunos adolescentes "sienten" de manera intuitiva que son homosexuales, o bien superan el desconcierto inicial acerca de su identidad sexual y asumen de forma positiva la homosexualidad. Estos últimos suelen consultar libros sobre el tema, buscan la compañía de otros homosexuales y aspiran a introducirse socialmente en la subcultura homosexual. Estas personas se enfrentan con algunas dificultades en virtud del concepto hoy vigente sobre la homosexualidad y no confiesan sus preferencias sexuales a la familia o a los amigos hasta más tarde, y eso suponiendo que decidan hacerlo. (Craig, 1997).

El coito heterosexual a edad temprana es un rito de pasaje necesario para la adquisición de una identidad masculina definitiva, pues es una de las pruebas en contra de la amenaza de la homosexualidad, a la cual por su presencia permanente, es necesario descartar. Esto se da como resultado de las investigaciones en México de Amuchástegui (1998)

#### **1.2.4 La Primera Etapa De La Edad Adulta (18-30 Años)**

El primer ciclo de la edad adulta, que comprende desde los 20 a los 40 años, es un período en que los individuos toman decisiones importantes en su vida (matrimonio, trabajo, modelo de vida) y pasan de las ambiciones no verificadas de la adolescencia a una madurez personal decantada por la realidad del mundo en que viven. Para la mayoría de las personas es un época de creciente responsabilidad sobre las relaciones y la vida de familia.

En los últimos años, se observa en general una clara disposición a contraer matrimonio a una edad más tardía que en décadas anteriores. Como resultado de este fenómeno muchos, varones y mujeres, mantienen la soltería durante un lapso de tiempo considerable, lo que sin la menor duda ha alterado las pautas de comportamiento sexual que regían en tiempos de Kinsey. Hoy, buen número de personas entre los 20 y los 30 años consideran que la experiencia sexual es un paso inicial que facilita la acertada elección de pareja, en contra de la idea antes vigente de preservar la virginidad. El desarrollo de la capacidad para una convivencia íntima es uno de los objetivos del joven adulto (Erikson, 1968, citado en Craig, 1997).

Por lo general, el adulto joven no se halla tan sujeto a la "presión de los compañeros de su edad en materia sexual" como lo está el adolescente, sino que predomina en él la fuerte necesidad interna de "foguearse " sexualmente. La libertad de movimientos respecto de los padres y los límites que imponen al adolescente va acompañada de un acceso más fácil a un entorno más íntimo, a un lugar en el que poder estar solo, sea un apartamento, la habitación de un motel o un centro de vacaciones, lo que conlleva de paso mayores oportunidades en el terreno sexual. Dentro de ese estado de soltería se observan varias formas comunes de comportamiento sexual.

El experimentador parece evaluar los lances sexuales atendiendo a la frecuencia, diversidad y eficacia en el desempeño amoroso; él o ella dan la impresión de considerar la vida como un copioso orgasmo sexual y su actitud es, normalmente, ésta: "Ahora es tiempo de pasarlo en grande, porque luego voy a sentar cabeza".

El buscador pugna por hallar la unión ideal (y la compañera perfecta con la que casarse) a base de continuas experiencias sexuales, confiando en dar así con lo que anda buscando. La vida en común puede convertirse en un campo de pruebas cuando se entablan relaciones sobre esta base.

El tradicionalista participa de buena gana y placenteramente en la actividad sexual, pero conserva el coito para las "relaciones serias". Es posible que antes de contraer matrimonio el tradicionalista tenga varias parejas sexuales, pero siempre de una en una durante un periodo de tiempo dado. (Craig, 1997). En las zonas marginadas de nuestro país, este patrón es muy frecuente, ya que los hombres mencionan que hay una gran diferencia entre la mujer que ellos buscarían para solo tener relaciones sexuales y la mujer que elegirían para ser madre de sus hijos. Así, las mujeres saben lo que no deben ser ni hacer, y los hombres saben a quien deben elegir; dependiendo del tipo de vínculo que deseen establecer. (Amuchástegui, 1998).

Es indudable que podrían reseñarse otros modelos o formas de comportamiento sexual, pero los tres enumerados parecen ser los más frecuentes. (Craig, 1997).

Los primeros años del estado adulto son una época de incertidumbre sexual para unos y de satisfacción plena para otros. A veces la sexualidad se tuerce debido a sentimientos de culpa o de inmoralidad que el individuo, hombre o mujer, arrastra de antes. La preocupación que tenía el adolescente acerca de su idoneidad sexual no ha desaparecido del todo, y el joven adulto continúa preocupándose también de su prestancia física, dotes sexuales y destreza personal en el amor. Es posible que aún no se hayan resuelto los conflictos en tomo a la identidad sexual, e

incluso para los que han logrado aceptar y asumir su condición de homosexuales o bisexuales, las presiones y prejuicios sociales pueden suponer obstáculos y dificultades.

Pese a la existencia de tales problemas, los jóvenes adultos son hoy más activos en el plano sexual que sus homólogos de otras épocas. Un factor determinante que contribuye a este cambio es el relativo abandono de los viejos postulados discriminatorios, según los cuales las aventuras amorosas prematrimoniales estaban prohibidas a las mujeres, pero no a los hombres. Por todo ello no sorprende que las diferencias en la banda de actividad sexual entre varones y mujeres se hayan reducido en gran medida con respecto a las que regían en otros tiempos.

En la actualidad los adultos jóvenes se enfrentan con algunos conflictos sexuales suplementarios que vienen a ser una especie de reacción antagónica del lema "cualquier cosa vale" de las décadas de 1960 y 1970. Por ejemplo, si bien en los últimos treinta años se ha producido un cambio de actitud espectacular en lo que atañe a las relaciones sexuales prematrimoniales, la promiscuidad sexual sigue siendo objeto de reprobación. Además, si bien la mayoría de los solteros, hombres y mujeres, estiman que no es necesario querer a la pareja de turno para tener relaciones sexuales placenteras, se empieza a observar un desencanto creciente en lo que concierne al sexo fortuito o accidental y a los amores de una noche.

Parece que esta tendencia se debe, al menos en parte, a la cada vez más consciente aprensión al contagio venéreo. Por otra parte, entre los jóvenes adultos homosexuales que, como grupo, tienen normalmente muchos más contactos sexuales fortuitos o accidentales que sus homólogos heterosexuales, el miedo al SIDA ha hecho que últimamente redujeran el número de sus parejas sexuales y se observara un interés más palpable por entablar relaciones "monógamas".

No obstante, el miedo no es el único factor que interviene en el ámbito del sexo ocasional. Muchos de los jóvenes adultos se muestran disconformes con otra

secuela del sexo accidental, y es su naturaleza relativamente impersonal. Si bien la disminución de restricciones en la conducta sexual crea un ambiente propicio para la libertad de expresión sexual y de elección de la pareja, esta libertad no es siempre inequívocamente positiva. La libertad sexual puede ser motivo de desengaño, opresión y conflictos de la misma manera que puede producir satisfacción, en el sentido de que "en la medida que diversifica y amplía la experiencia, también diversifica y multiplica el dolor inherente a ella, los errores que podemos cometer y el daño que recíprocamente podemos causarnos. (Craig 1997).

Amuchástegui encuentra en sus investigaciones que lo común es que sea el hombre quien introduzca a la mujer al encuentro sexual. Es solamente a través del deseo masculino que la mujer descubrirá y despertará a su ser sexual. Esta construcción está basada en la necesidad de que los hombres controlen la sexualidad de las mujeres, y así mantener las relaciones de poder establecidas por las premisas dominantes de género.

Claro está que muchas veces las situaciones de carácter sexual en la primera etapa de la edad adulta son cordiales, apasionadas, compensatorias y sin perturbaciones. Incluso el sexo accidental cumple una serie de funciones, tanto orgánicas como psicológicas, y, desde luego, no hay razón para poner reparos a las evasiones placenteras. Sin embargo, hoy empieza a dominar claramente la tendencia a mantener relaciones sexuales en un contexto de afecto mutuo, como se aprecia muy en especial en la propensión cada vez más evidente de las parejas jóvenes a "cohabitar", es decir, a la vida en común. (Craig, 1997).

En el caso de las mujeres que aceptan el deseo sexual son calificadas como rebeldes frente al "modelo femenino ideal", en el cual prescripción es no tener más que un novio antes de la unión definitiva, lo cual expresa la existencia de dos fuerzas en conflicto: el mandato moral de no desear actividad sexual y su

desobediencia, justificada por una naturaleza que lucha por expresarse y satisfacerse; aún en contra de las reglas sociales (Amuchástegui, 1998).

En contraste con la vida de soltero, el matrimonio se rige por otros módulos de expresión sexual. Para bien o para mal, lo cierto es que la mayoría de los jóvenes adultos terminan contrayendo matrimonio. Al tiempo que la novedad de la felicidad conyugal de primera hora se diluye en el proceso de aprender a convivir, respetando los hábitos y peculiaridades mutuos - de la misma forma que los afanes primerizos por conquistar el mundo dan paso a una focalización más práctica en los pormenores de la vida cotidiana-, la relación sexual tiende a ser menos incitante y, a veces, menos gratificante para uno o para los dos miembros de la pareja.

La paternidad menoscaba la intimidad, añade exigencias nuevas y llega incluso a producir agotamiento. Es difícil pensar en el sexo cuando se ha pasado la jornada vigilando los pasos de un niño de dos años, de la misma manera que la excitación sexual se aminora o desaparece después de haber estado 14 horas seguidas trabajando.

Aunque no se pierda ni se sacrifique el goce sexual, éste debe soportar el contrapeso de otras necesidades y responsabilidades, lo cual constituye un hito experimental de primer orden en esta fase de ciclo vital. Los que no consiguen culminar con éxito este proceso de integración es probable que se sientan menos satisfechos en el plano sexual, lo que puede inducirles a buscar aventuras con otras mujeres, o recurrir al divorcio.

Hay parejas que dan cima al "sueño" de hallar la dicha conyugal, lo que consiguen mediante una convivencia armoniosa, educando a sus hijos, guardándose fidelidad mutua y profesándose un cariño sin fisuras. Otros matrimonios se atienen a una versión corregida de esta pauta: desaparece el amor, pero subsisten los elementos restantes. Y, en fin, los hay que experimentan con nuevas variantes del

modelo ideal, bien sea renunciando a tener hijos, no observando la fidelidad mutua o relegando la dicha matrimonial a un segundo plano. La impresión que externamente causa una pareja casada y la realidad interna que preside su unión no siempre guarda una coherencia lógica. Un indicio concreto de que muchos matrimonios no son felices lo tenemos en las tasas de divorcio.

Es difícil discernir en qué medida la insatisfacción sexual es una causa primaria de divorcio, pero los consejeros matrimoniales saben bien que los problemas sexuales suelen ser un elemento común en los matrimonios que se tambalean.

Por otra parte, hay personas que deciden casarse aun a sabiendas de que existe una disfunción sexual. Quizá confían en que la dificultad desaparecerá con el paso del tiempo -cosa que normalmente no ocurre- o bien adoptan una actitud de "despreocupación" que resta importancia, con toda intención, al papel del sexo antes incluso de que se consume el enlace. (Craig, 1997).

En México aún se conserva la idea de un "tipo" de mujer que no es sujeto de deseo sexual, ya que su finalidad es la reproducción y la maternidad. Esta imagen no expresa ninguna necesidad sexual ni erotismo, y sus principales atributos son la ternura, la pureza y la decencia. En ella la belleza se relaciona con la espiritualidad; ya que el alma y la bondad sublime son lo que en realidad importa, por lo que son merecedoras de matrimonio y maternidad. Esta imagen presupone la falta de actividad sexual y erótica antes del matrimonio, e inclusive su ignorancia; es la imagen de la virginidad tanto corporal como espiritual.

Otro "tipo" de mujer sujeto de deseo, que ejerce su seducción hacia el hombre, y que tiene acceso al erotismo y al placer, ha tenido experiencias eróticas sexuales prematrimoniales con seguridad con más de un hombre, hace incierta la paternidad en caso de ser madre. La belleza en este concepto de mujer está vinculada con la sensualidad corporal, no con una cualidad espiritual "de la cual carece". Su vínculo con el hombre se define exclusivamente por ser objeto del

deseo de éste, no como un sujeto femenino autónomo, sino una contraparte que responde a la sexualidad masculina en los términos en que está definida por normas morales dominantes.

Estos estereotipos parecen ser más un modelo normativo que una clasificación de la conducta real de las mujeres. En la práctica, los límites entre estas dos esferas no parecen ser tan rígidos.

A partir de los 40 años de edad, el individuo entra en un periodo de transición de la juventud adulta al estadio de la madurez. (Craig, 1997)



### **I.3 Desarrollo de la autoestima**

La autoestima es la conciencia de sí mismo, de la propia identidad, la habilidad de definirse y aceptarse con límites y capacidades, sentirse esencialmente cómodo dentro de sí, valorarse positivamente y quererse sin condiciones. La autoestima es esencial para la supervivencia psicológica. Sin ella la vida puede resultar penosa e insatisfactoria. ([www.cipaj.org](http://www.cipaj.org)).

La autoestima se forma en gran medida como resultado de las experiencias y mensajes que dentro de la familia o la escuela hacen sentir a cada persona valiosos o importantes. ([www.binasss.sa.cr/población/autoestima.htm](http://www.binasss.sa.cr/población/autoestima.htm))

Los mensajes culturales que recibimos de nuestro entorno nos facilitan o dificultan la tarea de la autoaceptación.

La baja autoestima está relacionada con una distorsión del pensamiento (forma inadecuada de pensar): la autodevaluación.

Las personas que tienen una autoestima baja, a menudo sienten que no poseen fuerza interior para enfrentarse a la vida, experimentan sentimientos de soledad, tristeza, impotencia y minusvalía, lo que los hace más propensos a involucrarse en problemas sociales (drogas, delincuencia, embarazo no deseado, prostitución, etc.) ([www.binasss.sa.cr/población/autoestima.htm](http://www.binasss.sa.cr/población/autoestima.htm))

### I.3.1 Distorsiones cognitivas que torturan la autoestima

Estas distorsiones de pensamiento o trampas son aprendidas y facilitan la confusión en la percepción de la realidad:

- \* **Hipergeneralización:** A partir de un hecho aislado se crea una regla universal, general, para cualquier situación y momento: He fracasado una vez (en algo concreto); ¡Siempre fracasaré! (se interioriza como que fracasaré en todo).
- \* **Designación global:** Se utilizan términos peyorativos para describirse a uno mismo, en vez de describir el error concretando el momento temporal en que sucedió: ¡Que torpe (soy)!
- \* **Filtrado:** Se presta atención selectiva a lo negativo y se desatiende lo positivo.
- \* **Pensamiento polarizado:** Pensamiento de todo o nada. Se llevan las cosas a sus extremos. Se tienen categorías absolutas. Es blanco o negro. Estás conmigo o contra mí. Lo hago bien o mal. No se aceptan ni se saben dar valoraciones relativas. O es perfecto o no vale.
- \* **Autoacusación:** La persona se encuentra culpable de todo. Tengo yo la culpa, ¡Tendría que haberme dado cuenta!
- \* **Personalización:** El individuo supone que todo tiene que ver con él mismo y se compara negativamente con todos los demás. ¡Tiene mala cara, qué le habrá hecho!
- \* **Lectura del pensamiento:** La persona supone que no le interesa a los demás, que no les gusta, cree que piensan mal de él, sin evidencia real de ello. Son suposiciones que se fundamentan en cosas peregrinas y no comprobables.
- \* **Falacias de control:** Sentimiento de tener una responsabilidad total con todo y con todos, o que no se tiene control sobre nada, que se es una víctima desamparada.

\* **Razonamiento emocional:** Si lo siento así es verdad. Sentimiento de soledad , sin amigos y creencia que este sentimiento refleja la realidad sin parar a contrastarlo con otros momentos y experiencias.

El concepto de límite es muy importante para trabajar la autoestima.

Lo adecuado está en sentirse cómodo con una parte de uno mismo, aquella que se refiere a las propias capacidades.

La otra parte alberga los límites. Las cosas que intentamos esconder. Lo que avergüenza de uno mismo.

La enorme atención en los defectos los hace más presentes evitando salir de ellos y toda esta energía puesta en los límites impide desarrollar las capacidades y la superación.

Lo ideal es aceptarse como un todo con límites y capacidades. Quererse sin condiciones. ([www.cipaj.org](http://www.cipaj.org)).

### **I.3.2 Diferencia entre autoestima y autoconcepto.**

Autoconcepto: El *autoconcepto* se define mediante una pregunta que debemos hacernos a nosotros mismos, esta pregunta es "¿Quién soy yo?"; la respuesta que cada quien dé a la misma conformará su *autoconcepto*. Además, es importante mencionar que las creencias respecto a nosotros mismos, van a guiar nuestro comportamiento a prestar más atención a aspectos del ambiente que tengan que ver con estas creencias, estas afirmaciones propias y nuestra percepción de los demás por las mismas son llamadas *esquemas del yo*.

Autoestima: Es la autoevaluación general de una persona (Myers, 2000), es decir, cómo esta misma persona se califica a sí mismo y cómo se siente por ello.

Las personas que se valoran a sí mismas de manera general, es decir, que tienen autoestima elevada, están mejor dispuestas a aceptar sus capacidades, apariencia, etc.

Es importante recalcar que la autoestima no se construye de un día para otro, ni es exclusiva de alguna etapa de la vida, esta se va moldeando desde el momento del nacimiento, con el afecto que los padres y la sociedad brinden a cada individuo, con las formas de relación social y el aprendizaje de las mismas y su impacto en las personas, así como las características individuales propias de la herencia, y es esta la que brinda parte muy importante de las herramientas necesarias para la resolución de los conflictos y las consecuencias de los mismos.

Es por lo anterior, muy conveniente tener en cuenta la historia de vida de cada individuo y cada parte de la sociedad, pues aun cuando se viva dentro de una misma ciudad o parte del país, hay muchos elementos que marcan diferencias muy grandes entre las personas, las cuales hacen que la conducta se torne de una manera o de otra

## II. HABILIDADES SOCIALES.

### II.1 Definición de habilidad social.

Las habilidades sociales se definen como un *constructo descriptivo*, el conjunto de los desempeños presentados por el individuo frente a las demandas de una situación interpersonal considerando la situación en un sentido amplio (Argyle, Furnahm y Graham, 1981, citados en Del Prette y Del Prette, 2002)

Por lo anterior podemos decir que el comportamiento y el desempeño social o interpersonal, son términos equivalentes al de habilidades sociales (lo que hacemos y cómo lo hacemos en el ámbito social o personal)

El déficit de habilidades sociales en etapas formativas de la vida del individuo pueden comprometer fases posteriores de su ciclo vital.

Hay dos presunciones subyacentes a los conceptos de habilidades sociales; en el primer caso se entiende que las habilidades sociales son un atributo innato del individuo; en el segundo como una relación entre este atributo y la situación particular. Lo anterior nos remite a recordar que el potencial de desarrollo del equipamiento biológico con el que contamos al nacer, se desarrollará dependiendo de la higiene, salud y la estimulación que se le dé y es en la infancia el momento crítico para el aprendizaje de las habilidades sociales, especialmente forma vicaria observando los comportamientos sociales de los padres e imitándolos, estos a su vez moldearán tales comportamientos al reaccionar de una manera o de otra ante el comportamiento de sus hijos y al darles instrucciones específicas para estos.

Los estudios en subáreas específicas de habilidades sociales vienen destacando su interacción con supuestas predisposiciones genéticas o innatas, como en el caso de la empatía o la timidez, las cuales se consideran como producto evolutivo del modo de organización familiar de humanos y animales y como característica de comportamiento heredada en por lo menos 15% de los niños.

La base genética predispone los tipos peculiares de interacción con el ambiente, mas las experiencias de aprendizaje (condiciones ambientales) influyen decisivamente en la caracterización posterior del repertorio de comportamientos sociales presentado por el individuo (Del Prette Z, Del Prette A., 2002).

Las habilidades sociales son aprendidas y las demandas para su desempeño varían en función del estado de desarrollo del individuo., lo cual implica que no puede esperarse lo mismo de un niño que de un adolescente o un anciano.

Para el análisis de las habilidades sociales es importante considerar tres dimensiones:

- ☞ La dimensión personal, constituida de manera principal por el repertorio del individuo en sus componentes comportamental, cognitivo afectivo y fisiológico, así como características sociodemográficas (edad, sexo, estatura, estado de salud, peso, formación académica, apariencia física, etc.), las cuales indican diferencias en las expectativas y normas culturalmente establecidas, que orientan la evaluación de las habilidades sociales y la competencia de un individuo en las relaciones interpersonales (Del Prette, Z, Del Prette A., 2002).
- ☞ La dimensión situacional, la cual se define como el encuentro social y las características del comportamiento de los involucrados en el mismo (de los interlocutores y las demandas de la situación), estas últimas incluyen: a) Los objetivos del encuentro, b) las reglas sociales y las normas explícitas (como las de las leyes o reglas, organizadas en códigos) e implícitas (inferidas por el grupo o comunidad), c) los roles asociados con la posición del individuo, d) el repertorio de elementos necesarios para alcanzar los objetivos, e) la secuencia de la interacción para el logro de los objetivos, f) los conceptos compartidos en el ambiente, g) el contexto físico de la acción.

- ⌘ La dimensión cultural, la cual es más variable aún, ya que en ella repercuten las diferencias o semejanzas entre culturas y los momentos históricos (incluye las normas, valores y reglas de la situación en particular)

En el caso particular de esta tesis se hizo referencia solo a los componentes que se consideraron relevantes, por que el trabajo e investigación se realiza grupalmente y no se trata de un proceso terapéutico, sino preventivo.

## COMPONENTES CONDUCTUALES

### De contenido Verbal

\*Hacer / responder preguntas (precisando con claridad lo que desean saber e insistiendo en su derecho de obtener información)

\*Pedir cambio de comportamiento (debe incluir la descripción del comportamiento que se pretende suprimir, la expresión de desagrado que causa, la especificación de la conducta que sería indicada y las posibles consecuencias de cambiarla)

\*Lidiar con las críticas (escuchar y reflexionar en la crítica verdadera y disentir con firmeza del interlocutor y dar ejemplos de sus equivocaciones, esperando que este modifique su posición, cuando se trata de una crítica falsa)

Pedir / dar retroalimentación

\*Opinar/concordar/disentir

Elogiar/recompensar/gratificar

Agradecer

\*Hacer peticiones

\*Rechazar

\*Justificarse

\*Autorrevelación/usar el pronombre "yo"

\*Usar contenido de humor

De forma verbal

Latencia y duración

Regulación: Bradilalia, taquilalia, volumen, modulación.

Trastornos del habla

No verbales

Mirar y contacto visual

Sonrisa

Gestos

Expresión facial

Postura corporal

Movimiento con la cabeza

Contacto físico

Distancia / proximidad



## COMPONENTES COGNITIVOS / AFECTIVOS

### Conocimientos previos

\*Sobre la cultura y el ambiente (principios que regulan la forma en que las personas se comportan, sus hábitos y valores en grupo)

\*Sobre los roles sociales (los comportamientos derivados de la posición que un individuo ocupa en el grupo social)

\*Autoconocimiento (el conocimiento de los propios comportamientos debe involucrar la capacidad de evaluarlos con relación a las demandas propias del ambiente y de monitorear el desempeño)

\*Expectativas y creencias (suposiciones que tiene una persona sobre las consecuencias de sus propios comportamientos)

\*Planes, metas y valores personales (establecer objetivos realistas y que las expectativas sean congruentes con las propias habilidades y las condiciones de la situación)

\*Autoconcepto y autoestima (la primera es la evaluación que el individuo hace de sí mismo, la segunda es el sentimiento que resulta de esa evaluación)

\*Autoeficacia en comparación con desamparo (opinión del individuo sobre su capacidad de organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para lograr cierto patrón de desempeño)

\*Estereotipos (acentúa las diferencias de los individuos, ya que simplifica todos los estímulos dirigiendo la atención a puntos estratégicos de cada individuo, influyendo de modo significativo en las relaciones sociales.

## *ESTRATEGIAS Y HABILIDADES DE PROCESAMIENTO*

\*Lectura del ambiente (reconocimiento y decodificación de las señales presentes en la situación social)

\*Solución de problemas (el individuo busca identificar, descubrir y crear medios adaptativos y efectivos para enfrentar los problemas cotidianos) (D' Zurrilla, 1988, citado en Del Prette, Z, et. al.)

\*Autobservación (capacidad de describirse a uno mismo en términos de pensamientos, sentimientos y acciones)

\*Autoinstrucción (prescripciones y comentarios hechos por el individuo a sí mismo que orientan, mantienen, intensifican o interrumpen su comportamiento.

\*Empatía (percibir el sentimiento de la otra persona y expresar la comprensión del mismo) (Roberts y Stryer, 1996, citado en Del Prette Z. et al)

## *FISIOLÓGICOS*

Tasa cardiaca

Respuestas electromiográficas

Respiración

Respuesta galvánica de la piel

Flujo sanguíneo

## OTROS COMPONENTES

Actividad física

Apariencia Personal

(\*) (Son las habilidades susceptibles de incrementar o modificar con el taller que se impartió.)

## II. 1.1 Evaluación del desempeño social.

La evaluación del desempeño social debe contemplar, por una parte el análisis de su funcionalidad, y por otra la identificación de sus componentes conductuales, cognitivos, afectivos y fisiológicos que caracterizan ese desempeño.

La etapa inicial, busca identificar las áreas problemáticas y no problemáticas de su repertorio, que deberán orientar objetivos y procedimientos específicos de intervención. Durante la intervención y después de ella deben realizarse nuevas evaluaciones para identificar alteraciones en ese repertorio, indicadoras de la efectividad de esos procedimientos y técnicas utilizados.

Una persona indicada para EHS es alguien que pasó por un proceso de evaluación, cuyo resultado debe considerar una muestra de sus principales *dificultades interpersonales* y otras informaciones relevantes sobre su *funcionamiento, motivación y ambiente*.

La evaluación de la dimensión personal con vistas al establecimiento de los objetivos y procedimientos del EHS enfocará los siguientes aspectos:

- ❁ Déficit de conductas. El individuo no emite las conductas requeridas para una situación específica o sus tentativas no alcanzan los efectos pretendidos.
- ❁ Excesos conductuales. Las conductas emitidas sobrepasan lo requerido para la situación.
- ❁ Ansiedad. Involucra inquietud y disturbios fisiológicos y se presenta en determinadas situaciones.
- ❁ Cogniciones y sentimientos. Evaluación de lo que el individuo piensa de sí mismo, de su desempeño y de las situaciones interpersonales en que vive (autoimagen, autoestima, autoeficacia).
- ❁ Contexto situacional y cultural. Características de los interlocutores del individuo, valores y normas de su grupo social, situaciones e interacciones significativas y las consecuencias usuales para diferentes desempeños interpersonales.
- ❁ Objetivos o metas. Necesitan ser especificados para evaluar con mayor precisión los resultados esperados.

## TÉCNICAS DE EVALUACIÓN.

Las cinco metodologías más usuales son:

- ✎ Autorrelatos, a través de entrevistas o inventarios
- ✎ Observación del comportamiento en situación natural o artificial, análoga a la vida real.
- ✎ Pruebas de desempeño de roles.
- ✎ Evaluaciones por parte de las personas significativas para el individuo.
- ✎ Medidas fisiológicas.

### *Entrevista.*

Para la recolección de información se debe mantener una interacción positiva con el entrevistado (rapport), definir el problema del paciente y observar su desempeño. Con referencia al desempeño social, se debe definir el problema con base en las características conductuales, cognitivo afectivas y fisiológicas, tanto de conductas deficitarias como no deficitarias., las variables controladoras de cada situación que producen mayor o menor dificultad en el funcionamiento y ajuste social del individuo, la historia del problema y las alternativas tomadas por el cliente, la frecuencia, duración e intensidad de las dificultades, la evaluación de los recursos del cliente para lidiar con los problemas identificados.

### *Inventarios.*

Instrumentos de autorreporte, de formato extenso, el cual cubre amplia variedad de conductas y situaciones, este debe tener como características: contener ejemplos de conductas o situaciones, solicitar una respuesta indicadora de desempeño ante tales situaciones (si-no, alternativas, e intensidad o frecuencia), permitir la obtención de un resultado indicativo del desempeño del individuo.

Como ventajas cuentan con las siguientes:

- Son administrados con facilidad y economía en tiempo, para evaluaciones en gran escala.
- Su aplicación estandarizada reduce sesgos por influencia del evaluador.

- Puede contemplar los componentes conductuales, cognitivo-afectivos y fisiológicos.
- Útiles para establecer objetivos y evaluar los resultados de las intervenciones.

Limitaciones:

- Las personas tienden a colocarse en los puntos medios de la escala
- Influye la deseabilidad social.
- Se producen sesgos por el grado de autoconocimiento, selectividad de la memoria y autopercepción.
- Escasez de estudios de validación externa sobre las autoevaluaciones en relatos de desempeño.
- Posibilidad de sesgos por la interpretación de cada individuo del contexto de la situación descrita en cada reactivo.
- No se cuenta con la información necesaria para realizar un análisis funcional de los desempeños evaluados.

*Observación.*

Ofrece los datos más valiosos y confiables para la caracterización de su repertorio, aunque la presencia del observador puede alterar la situación tornándola menos natural, con una tendencia del individuo a intentar mejorar su desempeño usual.

*Juego de roles.*

En esta técnica se observa el desempeño de dos o más personas quienes interactúan conforme a roles o papeles previamente definidos.

*Autorregistros*

Observador y observado son la misma persona; el terapeuta proporciona protocolos o fichas de registro y le orienta sobre su utilización. Este protocolo es un instrumento sencillo y de fácil manejo que permite su uso en situaciones sociales sin causar demasiado esfuerzo al cliente. Estos autorregistro pueden ser

formados por paciente y terapeuta de acuerdo a las dificultades del cliente y los objetivos que se persigan.

*Evaluación por otros individuos significativos para el paciente.*

Estos individuos significativos pueden ser padres, profesores, compañeros y personas cercanas. Es una técnica bastante utilizada en niños, y se realiza sobre diferentes indicadores: evaluación de características generales, como estatus, liderazgo, madurez y adecuación social; evaluación de habilidades sociales específicas, en términos de frecuencia o calidad de la emisión; elecciones sociométricas, indicadoras de aceptación o rechazo y preferencias.

## II.2 Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento de habilidades sociales (EHS) es un método de tratamiento, el cual depende de los resultados prácticos y teóricos de su aplicación en la superación de déficit y dificultades interpersonales y en la maximización de repertorios de comportamientos sociales, es decir, se compone de un conjunto de técnicas y procedimientos de intervención, orientados a la promoción de habilidades sociales relevantes para las relaciones interpersonales.

La mayoría de las técnicas que se utilizan en el EHS se originaron del análisis experimental del comportamiento o de la terapia conductual, aunque en la actualidad se incluyen técnicas de diversos abordajes cognitivos (Spence y Spence, 1980, citado en Del Prette)

Hidalgo y abarca reconocen en 1992 (Citado en Del Prette, Z., 2002) identifican cinco modelos teóricos para el EHS, los cuales se mencionan a continuación:

### ☞ *Modelo de asertividad:*

Este modelo tiene dos vertientes apoyadas en los paradigmas de condicionamiento respondiente y operante. En el primer caso, este modelo nos dice que la ansiedad es aprendida por la asociación del desempeño social con estímulos aversivos, llegando a inhibir la emisión de respuestas asertivas, así que la intervención terapéutica debe dirigirse sobre los comportamientos emocionales.

*Ej. me comporto de forma X → Algo malo me sucede → **No respondo asertivamente***

En el caso de la vertiente apoyada en el condicionamiento operante las dificultades en el desempeño social son consecuencia del control inadecuado de estímulos en el encadenamiento de respuestas sociales (Eiser, Miller y Hersen, 1973, citado en Del Prette, 2002)

*Ej. Me comporto asertivamente → No soy adecuadamente reforzado o me castigan → **Me comporto de forma no asertiva***



*Ej. Tengo una conducta no asertiva → Soy recompensado → **Me comporto de forma no asertiva***

La intervención terapéutica debe dirigirse hacia el arreglo de las contingencias ambientales para permitir la adquisición, fortalecimiento y mantenimiento de comportamientos interpersonales.

#### *∞ Modelo de percepción social*

Desarrollado por Argyle (1967-1994). Le da énfasis al proceso cognitivo inicial, el cual habilita para percibir y decodificar el ambiente social

*Ej. La persona se encuentra en una situación social → La persona interpreta tal contexto (lo lee) → **Decide cuál y cómo debe ser el comportamiento (verbal y no verbal) y si debe ocurrir o no.***

El error en la lectura y en la decodificación de los mensajes verbales y no verbales del interlocutor y de las normas y valores presentes en el contexto social puede traer dificultades interpersonales e impedir la interacción, la cual facilitaría una mejor comprensión de las demandas sociales. La intervención en EHS debe destacar el desarrollo de las habilidades relativas a la percepción social, es decir, entrenar o interpretar el contexto de forma objetiva.

#### *∞ Modelo de aprendizaje social.*

Las habilidades sociales se aprenden a través de las experiencias interpersonales vicarias, es decir, mediante la observación del desenvolvimiento de otros (modelos) (Bandura, 1977, citado en Del Prette)

*Ej. Yo veo cómo se comportan otros → Veo las consecuencias y las juzgo comparando con mis expectativas → **Me comporto de forma similar.***

En la intervención se incluyen los mismos elementos del aprendizaje vicario de modelos (observación del comportamiento del otro y de sí mismo, imitación y desarrollo de procesos cognitivos facilitadores, reproducción de modelos, análisis y autoevaluación del propio desempeño y previsión de consecuencias probables para diferentes comportamientos)

### ☞ *Modelo cognitivo.*

El desempeño social es mediado por habilidades sociocognitivas aprendidas en la interacción del niño con su ambiente social (Ladd y Mize, 1983, Mischel, 1973, Spavack y Shure, 1982, citados en Del Prette). La persona debe organizar el pensamiento y el comportamiento dirigiéndolos a los objetivos sociales o personales aceptados.

*Ej. Qué esperan de mí/qué espero yo de mí → Actúo y pienso cómo hacer para conseguirlo → **Se maximiza la probabilidad de alcanzarlo***

Las habilidades sociocognitivas que más frecuentemente son analizadas son la solución de problemas interpersonales y de atribución de causalidad a los hechos o de intencionalidad a las personas y de colocarse en el lugar de otro.

### ☞ *Modelo de la Teoría de los roles.*

El comportamiento social depende de la comprensión del rol que ejerce cada persona en la relación social; este rol es desarrollado por el grupo social. En la intervención se hace uso de técnicas psicodramáticas basadas en la teoría de los roles.

## EXPLICACIONES PARA LAS DIFICULTADES PERSONALES

Existen cuatro conjuntos de explicaciones:

- a) el modelo de aprendizaje social y la variante operante del modelo de asertividad las explican por las deficiencias de habilidades en el repertorio del individuo: este enfoque supone que el déficit se debe a que las personas no aprendieron los comportamientos sociales adecuados; algunos factores de estas fallas en el aprendizaje son:

- *Restricción de oportunidades de experiencias debido a la pobreza (Luthar y Zigler, 1991, citado en Del Prette) o a las normas y valores de la cultura grupal (grupos cerrados) que dificultan los contactos sociales.*

- *Relaciones familiares empobrecidas, con padres agresivos o poco empáticos ( Eisember, et al, 1991, citado en Del Prette).*
- *Inteligencia baja y dificultades para resolver problemas (Arón y Milicic, 1994, citados en Del Prette)*
- *Prácticas parentales que premian dependencias, obediencia y que castigan o restringen las iniciativas de contacto social para el niño.*

La intervención se basa en la identificación de las clases comportamentales consideradas relevantes para el desenvolvimiento social y la promoción y perfeccionamiento de estas clases.

- b) La variable de condicionamiento respondiente propone la hipótesis de la inhibición por la ansiedad, la cual tiene su origen en el condicionamiento clásico. La ansiedad y las respuestas asertivas son procesos que actúan en sentidos opuestos. La ansiedad inhibe las iniciativas de interacción evitando los contacto sociales. La adquisición de respuestas asertivas reduce la ansiedad. Las situaciones que provocan más incomodidad y por lo tanto mayor ansiedad son las que involucran confrontación de opiniones, diálogo con la autoridad, situaciones de grupo en general, hablar en público, expresar sentimientos, reclamar derechos y establecer contactos de relación más cercana.

La intervención debe orientarse a reducir la ansiedad por medio de la relajación o la desensibilización sistemática y el fortalecimiento de respuestas socialmente competentes a través de técnicas de ensayo comportamental.

- c) El modelo cognitivo supone mecanismos de inhibición cognitivamente mediada. Estos procesos cognitivos son las autoevaluaciones distorsionadas, las expectativas y creencias irracionales, las autoverbalizaciones negativas y los patrones perfeccionistas, los cuales median comportamientos sociales inapropiados como el habla inexpresiva, conversación negativista, indecisiones al hablar y miedo o ansiedad social.

La intervención se basa en procedimientos de reestructuración cognitiva y otras técnicas cognitivo conductuales.

- d) El modelo de la percepción social y la teoría de roles asocia las dificultades interpersonales con fallas en el procesamiento cognitivo de estímulos sociales del ambiente. En la "lectura" del ambiente, la identificación del rol del interlocutor, de las normas culturales prevalecientes y de las señales verbales y no verbales presentes en la comunicación, radica la selección del comportamiento apropiado de acuerdo al contexto y la toma de decisión de emitirlo o no. Los errores en esta percepción llevan a tener dificultades en el desempeño social.

Las técnicas que deben utilizarse para la promoción de la exactitud en la decodificación de los estímulos del ambiente y situación social son las de modelamiento, retroalimentación, instrucciones y el automonitoreo.

## II.2.1 Técnicas utilizadas en el EHS.

### *Técnicas conductuales*

- ψ Ensayo conductual.
- ψ Reforzamiento.
- ψ Moldeamiento.
- ψ Modelamiento. (real y/o simbólico)
- ψ Retroalimentación. (verbal y/o videorretroalimentación)
- ψ Relajación.
- ψ Tareas en casa.
- ψ Desensibilización sistemática.

### *Técnicas de reestructuración cognitiva*

- ψ Terapia racional emotiva conductual.
- ψ Solución de problemas.
- ψ Detención del pensamiento.
- ψ Modelamiento encubierto.
- ψ Instrucciones.

### *Otras*

A continuación se comentará brevemente en qué consiste cada una y cuales serán utilizadas en el presente trabajo.

## *TÉCNICAS CONDUCTUALES.*

### *Ensayo conductual.*

Es una técnica muy utilizada porque permite el desarrollo de nuevos comportamientos y posibilita que la persona en entrenamiento amplíe su control sobre el propio desempeño, su potencial de observación, de escucha atenta y de auto-observación. Esta técnica permite la observación directa del desempeño del

cliente, lo cual incrementa la confiabilidad en la detección de las conductas deficitarias.

Actualmente se denomina a esta técnica como "juego de roles", sin embargo, originalmente, correspondía a ensayos de conducta meta en una situación similar a las vividas por el cliente; conforme se iban cumpliendo los objetivos, las conductas ensayadas se reforzaban en un proceso de moldeamiento.

El ensayo conductual presenta dos modalidades: la manifiesta y la imaginaria. En la primera, el paciente desempeña una situación análoga a la que vivió en su vida cotidiana. En la imaginaria, el cliente piensa una situación cotidiana y se visualiza desempeñándola correctamente y de forma adecuada.

Esta técnica se recomienda para personas que tienen dificultades por presentar pensamientos negativistas. Generalmente es llevada a cabo grupalmente y los pasos principales de esta técnica son:

- Presentación de la situación problema la cual incluye: a) interlocutor (quién es y cómo se comporta), b) situación (local, personas presentes, roles), c) conductas manifiestas y encubiertas del paciente (descripción y evaluación del desempeño, pensamientos, sentimientos y objetivos), d) dificultades conductuales (frecuencia, duración y magnitud).
- Discusión rápida sobre la situación problema, no olvidando verificarla: a) si el cliente identifica alternativas conductuales posibles para tal situación, b) cómo evalúa el paciente tales alternativas, c) si el cliente identifica las demandas de la interacción (*énfasis en los derechos involucrados*)
- Arreglo de la situación análoga: además de los ambientales y de roles, las instrucciones para que el paciente se comporte de manera usual.
- Desempeño del cliente en la situación estructurada, interactuando con los interlocutores.
- Retroalimentación y evaluación al desempeño: a) evaluación del propio individuo b) valoración de los interlocutores, c) evaluación de los demás miembros del grupo, d) valoración del terapeuta. Para este punto es muy

importante destacar que la retroalimentación debe ser positiva, con el fin de evitar afectar la autoestima del paciente en entrenamiento y desarrollar su autoeficacia, así como su retroalimentación positiva a los demás integrantes del grupo.

- Entrenamiento de desempeño, es decir, nueva ejecución con instrucciones más específicas y tomando en cuenta la retroalimentación, auxiliándole de manera no verbal.
- Preparación para la generalización. Se realiza ya que el desempeño es razonablemente satisfactorio, el terapeuta explora situaciones variadas, creando dificultades adicionales para el fortalecimiento y generalización de ese aprendizaje al ambiente natural del cliente.

### *Reforzamiento.*

Esta técnica tiene las mismas bases de la teoría del refuerzo o de los métodos operantes del análisis experimental de la conducta.

- a) **Funcionalidad:** el terapeuta verificará si lo que él supone como refuerzo produce, el efecto de fortalecer la conducta del cliente.
- b) **Contigüidad:** los eventos reforzadores deben seguir de inmediato al desempeño.
- c) **Esquema de aplicación:** se reforzarán todas las ejecuciones del cliente, posteriormente será de forma intermitente, hasta disminuir de modo gradual la frecuencia del reforzador logrando que el comportamiento sea controlado solo por el ambiente social del cliente.

### *Moldeamiento.*

Esta técnica consiste en el uso del reforzamiento diferencial para progresivos desempeños más semejantes a la ejecución finalmente pretendida. Esta técnica se compone de dos elementos: el reforzamiento social y la noción de conducta de entrada o mejor llamada "recursos del cliente". El moldeamiento se utiliza descomponiendo determinadas conductas sociales en unidades menores, entrenando por separado cada una de ellas y después integrándolas.

### *Modelamiento.*

Tiene sus fundamentos en los estudios de Bandura acerca del aprendizaje a través de la observación del desenvolvimiento de otra persona, y consiste en proporcionar condiciones para que el individuo observe a alguien realizando las conductas objetivo. En el ambiente terapéutico el modelamiento suele ser utilizado con instrucciones, retroalimentación y reforzamiento diferencial adecuados.

### *Retroalimentación.*

Esta técnica funciona como una regulación de la conducta manteniendo o produciendo algún elemento del desempeño, y permite que el cliente perciba cómo se está comportando y cómo su conducta afecta al interlocutor y se realiza a través de verbalizaciones o videograbación.

### *Relajación.*

Esta técnica tiene varias modalidades, entre las que destacan la relajación muscular, respiratoria y la imaginación. Esta técnica es utilizada en el entrenamiento debido a que muchos participantes experimentan ansiedad en las situaciones interpersonales.

### *Tareas para casa.*

Las justificaciones para el uso de esta técnica son: existe la posibilidad de perfeccionar las habilidades entrenadas con anterioridad, se busca la generalización de estas habilidades en otros contextos, permite la verificación de cómo el ambiente natural reacciona a los nuevos aprendizajes del cliente. Estas tareas las debe realizar el cliente siempre y cuando se sienta seguro en ellas y haya tenido un buen rendimiento durante su entrenamiento y su introducción deberá ser gradual.

### *Desensibilización sistemática.*

Terapeuta y paciente elaboran una jerarquía de situaciones que generan ansiedad interpersonal. Al mismo tiempo, el terapeuta enseña al cliente respuestas incompatibles con la ansiedad gracias a métodos de relajación. En un segundo



momento, el terapeuta pasa a exponer al cliente a los estímulos de la jerarquía avanzando de los de menor nivel de ansiedad hasta los de mayor nivel siempre que no exista mayor ansiedad por la situación a la que está siendo expuesto. Esta técnica solo es indicada cuando es la ansiedad la que media entre las dificultades del comportamiento. También es de importancia reconocer cuando se trata de una ansiedad racional o irracional (fobia).

## TÉCNICAS COGNITIVAS

Entre las cogniciones que más interfieren en las relaciones sociales son: *creencias irracionales, diálogos internos inhibitorios, expectativas equivocadas de autoeficacia, suposiciones negativas y estilos atribucionales inadecuados*. Las creencias o pensamientos desarrollados sobre lo que va a ocurrir en una situación interpersonal, interfieren en el desempeño y pueden reforzar estas cogniciones y producir ansiedad situacional cuando el desempeño es inadecuado, formando un círculo vicioso entre creencia y conducta. Tales cogniciones pueden tener características derrotistas, condenatorias o insoportables.

Estas técnicas buscan que el individuo valore los derechos propios y de sus interlocutores que identifique las cogniciones inadecuadas propias y de los otros, que ejercite formas alternativas de autoevaluación, evaluación de las situaciones y de los desempeños sociales, y que identifique los propios sistemas atribucionales buscando una evaluación objetiva de las dimensiones que los caracteriza, como son: internalidad o externalidad, generalidad o especificidad, estabilidad o inestabilidad, controlabilidad interna o externa.

### *Terapia Racional Emotiva-conductual.*

Esta terapia parte bajo el supuesto de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo , en su interpretación de la realidad. Su objetivo principal es facilitar la identificación de pensamientos considerados como irracionales y buscar su sustitución por otros racionales, de mayor efectividad, de acuerdo con las metas personales. Para esta terapia, las disfunciones psicológicas se relacionan con la forma en que el individuo evalúa su realidad. Tal evaluación puede tener carácter absolutista sobre sí mismo, los otros y la vida, dejando de lado la cualidad de probables y relativos de los eventos y situaciones y, también la posibilidad del individuo de alterar tanto su ambiente como el pensamiento y la conducta ("así son las cosas porque así deben ser").

Ellis menciona en su hipótesis que las acciones concretas del ser humano son mediadas por cogniciones, en particular aquellas que evalúan la realidad, y que la causa de los problemas del hombre se localiza en sus creencias irracionales.

### *Solución de problemas.*

Se trata de un proceso metacognitivo por el cual los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus objetivos hacia la modificación del carácter problemático de la situación o también de sus reacciones a ella (Nezu, 1987, citado en Del Prette).

Para el empleo de esta técnica se sugieren los siguientes pasos:

#### a) Denominación del problema:

- ✓ Cómo la persona percibe el problema y qué nombre le da.
- ✓ A qué o a quién atribuye el problema.
- ✓ Cómo evalúa el problema.
- ✓ Hace cuánto tiempo existe el problema
- ✓ Qué ha hecho para solucionarlo.

#### b) Definición del problema

- ✓ Cómo la persona define el problema y qué información necesita para eso.

- ✓ Cuáles objetivos están relacionados con la solución del problema (a nivel motivacional)
  - ✓ Cómo reevalúa el problema y si, al hacerlo, mantiene o no su pretensión de invertir en su solución.
- c) Planteamiento de alternativas.
- ✓ Listado de todas las alternativas, sin evaluarlas.
  - ✓ Revisión de la lista incluyendo nuevas alternativas.
- d) Evaluación de cada alternativa.
- ✓ Costos del uso de cada alternativa.
  - ✓ Beneficios de cada alternativa.
- e) Toma de decisión.
- ✓ Elección del curso de acción
  - ✓ Evaluación de tal curso de acción
  - ✓ Ensayo del curso de acción
  - ✓ Verificación de los resultados
- f) Implementación de la decisión.
- ✓ Elección del momento apropiado.
  - ✓ Implementación de la acción
  - ✓ Evaluación del resultado.

### *Detección del pensamiento.*

Es una técnica típica de autocontrol, orientada a la eliminación de pensamientos obsesivos-compulsivos, con características disfuncionales, y está indicada para modificar pensamientos que interfieren en el desempeño interpersonal.

### *Modelamiento encubierto.*

Tiene dos objetivos: la adquisición de nuevas conductas y la extinción de conductas inapropiadas. Consiste en la observación imaginada del desempeño de un modelo y de sus consecuencias.

Esta técnica se indica sobre todo cuando el individuo no logra imaginarse a sí mismo en ejecuciones interpersonales adecuadas.

### *Instrucciones.*

Puede utilizarse con dos objetivos: indicaciones de la conducta o tips para que la persona altere su conducta o aclaraciones para ayudar al entendimiento del paciente sobre su propia conducta y las variables que la controlan.

### *Otras técnicas.*

Estas pueden ser exposición oral, dinámicas de grupo, arreglos de desempeños de grupo de vivencias y grupos de observación (GV-GO), actividades cooperativas y simulaciones de desempeño, entre otras.

La importancia de los programas de EHS radica en que se buscan los siguientes beneficios:

- ★ Entrenamiento de habilidades
- ★ Reducción de la ansiedad
- ★ Reestructuración cognitiva
- ★ Entrenamiento en solución de problemas
- ★ Desarrollo de la autoestima
- ★ Introspección y autopercepción ampliada
- ★ Disposición para la ayuda mutua

Con lo que se demuestra que el EHS actúa en las dimensiones conductual (verbal y no Verbal), cognitivo afectiva y fisiológica del individuo (Del Prette, 2002)

## **II.2.2 Estructura de los programas de Entrenamiento de habilidades Sociales**

Los programas de EHS presentan gran variedad en su estructura y dinámica. Se pueden impartir de forma grupal o individual, siguiendo las mismas técnicas pero modificando los procedimientos.

La duración dependerá de la planeación inicial, basada en la evaluación de las dificultades, déficit y recursos de los participantes, aunque se debe tomar como una terapia de tipo breve y se pueden esperar buenos resultados con dos sesiones de hora y media a dos horas por semana, con una duración aproximada de 4 o 5 meses.

La cantidad de participantes debe oscilar entre 4 y 15 participantes, aunque no hay una regla escrita en cuanto al tamaño, diversas investigaciones manejan un promedio como este de participantes (Lieberman, 1975, Alberti y Emmons, 1978, Hidalgo y Abarca, 1992, Del Prette, Z. y Del Prette A., 1997, citado en Del Prette, 2002), una recomendación importante es tratar en lo posible de que se trate de grupos homogéneos de entrenamiento, es decir que tengan problemas y busquen objetivos similares.

La persona al frente del EHS, será llamado terapeuta, cuando el entrenamiento vaya dirigido de modo terapéutico, en cambio, cuando se busca la maximización de relaciones positivas o el desarrollo interpersonal, se puede denominar como facilitador o coordinador.

Con relación a la conducción del grupo, un terapeuta o guía es suficiente, aunque hay ventajas en el uso de un co-terapeuta; ambos pueden dividir las tareas de planeación y conducción del programa. De hecho es posible contar con la cooperación de un tercer elemento, el registrador con fines de observación o filmación. La participación de observadores requiere el consentimiento del grupo.

Para la aplicación de un programa de EHS, basta con una sala espaciosa para acomodar los participantes sentados en círculo y con espacio amplio para la aplicación de procedimientos que exigen la movilización de diversas personas. Los materiales con los que se debe contar como mínimo son pizarrón, gis, aparato de sonido, colchonetas para la relajación, así como un equipo de video y televisión, por supuesto que esto no es obligatorio, dependerá de las dinámicas que se lleven a cabo y de los recursos económicos y facilidades para conseguirlos, sin embargo es importante tener algunos elementos mínimos que auxilien en el programa.

En cuanto a la dinámica de una sesión de entrenamiento se identifican tres partes que la conforman:

1. Inicial: Se trata del sondeo que lleva a cabo el terapeuta acerca de los intereses, motivaciones y problemas del grupo; Proporciona información o instrucciones y verifica las tareas para casa, así como las propuestas de entrenamiento de habilidades que plantea algún miembro del grupo o el terapeuta
2. Central: Se presenta la aplicación de procedimientos relacionados con la propuesta específica de entrenamiento, proporcionándose actividades para todos. Esta parte se cierra con la retroalimentación.
3. Final: Se evalúa la sesión y se da retroalimentación acerca de esa evaluación, basándose en hechos observables, se distribuyen las tareas para casa y se verifica que los participantes se sientan cómodos, todo lo anterior es realizado por el terapeuta o facilitador, al final, cierra la sesión.

En las primeras sesiones del programa, el terapeuta inicia utilizando varios ejercicios de calentamiento que favorecen la comunicación, el rompimiento del silencio y el conocimiento entre los miembros del grupo, observando las características de cada participante: Después de algún tiempo, los miembros del grupo se vuelven más activos, surgen amistades y la mayoría estará siempre dispuesta a cooperar en los procedimientos; se observan algunas imitaciones de las conductas del terapeuta, sobre todo en la manera de dar retroalimentación. El

terapeuta debe insistir en la objetividad de la autoevaluación y de la evaluación del otro. En las últimas semanas del programa, se tornan frecuentes las expresiones de tristeza y pesar por la proximidad del cierre del entrenamiento.

El **adiestramiento psicopedagógico**, el cual combina distintas *técnicas didácticas, de instrucción y de audiovisuales*, permite *modificar las deficiencias en habilidades personales, interpersonales, prosociales y cognoscitivas*. Su objetivo general es aumentar la capacidad de aprendizaje, y en consecuencia, llevar una vida más efectiva y satisfactoria. Para ello se enseña en qué consiste una conducta competente, se ensaya lo visto, se da una retroalimentación en relación al rendimiento y se anima de varias formas para utilizar las nuevas habilidades adquiridas en la vida real. Todo desde un punto de vista educativo y preventivo.

### **II.3 Las habilidades sociales en los mazahuas.**

El comportamiento reproductivo de la población indígena es poco conocido debido a las pocas fuentes de datos para su estudio, con mayor razón existe la carencia de esta información referente a los grupos indígenas que migraron hacia la capital del país y que aun cuando ya tienen muchos años habitando en ella siguen considerándose así, aun cuando muchas (generalmente la mayoría) de estas personas ya no hablan la lengua, no usan el vestido típico, ni realizan las actividades que el grupo indígena realiza.

Sin embargo los censos de población y vivienda nos han proporcionado desde 1970, un acercamiento a la realidad que los grupos indígenas viven. Pero es en 1999, cuando los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997 (ENADID) han dado mayor detalle de la conducta reproductiva y práctica anticonceptiva de las mujeres que viven en municipios indígenas.

Esta Encuesta refiere que se han determinado categorías para diferenciar a los diferentes grupos indígenas, esto quiere decir que los municipios donde la población que habla lengua indígena es del 70% o más son denominados Municipios predominantemente hablantes de lengua indígena (MPHLI), en otros donde la población que reúne este criterio es de 30% al 69% se denominan municipios con hablantes de lengua indígena (MHLI) y los municipios con poca población residente que habla lengua indígena (menor al 30%) se denominan como municipios no indígenas (ENADID1997, citado en Fernández y Salas, 2001). En el caso de la muestra con la que se trabajó el 33% de la población es hablante de lengua indígena, por lo que puede compararse con la categoría de MHLI referida por la ENADID 1997.



## *FECUNDIDAD*

La tasa global de fecundidad de las mujeres residentes en municipios indígenas ha descendido considerablemente en los años comprendidos entre 1982 y 1996.

Entre 1982 y 1986, en los MHLI las mujeres tenían en promedio 5.6 hijos, descendiendo entre 1987 y 1991 a 4.7 y en 1992 a 1996 a 3.8 hijos.

Durante el periodo 1992-1996 las mujeres indígenas presentan la cúspide de su fecundidad entre los 20 y 24 años de edad

De estos datos y su comparación con otro tipo de municipios indígenas se concluyó que los países que inician la transición de la fecundidad muestran un considerable descenso, aunque después presentan una tendencia más lenta conforme se dirigen a niveles más reducidos (Boñigares y Watkins, 1996, citado en Fernández y Salas, 2001)

## *PRIMERA UNIÓN*

En el periodo 1982-1996 las mujeres de los municipios de habla indígena se casaron o unieron a los 20.1 años en promedio, sin embargo un 13.8% ya estaban casadas a los 15 años de edad. Los datos de esta encuesta revelan que las mujeres que se unen jóvenes suelen mostrar preferencias por un mayor número de hijos, lo que a su vez se relaciona con una baja escolaridad y la falta de acceso o información adecuada y pertinente sobre la utilización de métodos anticonceptivos. Entre las mujeres indígenas destacan las que se unieron después de los 22 años de edad, quienes tuvieron durante los tres primeros años de matrimonio un número de hijos parecido al de las mujeres que se casaron más jóvenes, pero al cabo de diez años de matrimonio tienen en promedio casi dos hijos menos (Fernández y Salas, 2001).

## ANTICONCEPTIVOS

En este ámbito, las pastillas son el método que más conocen las mujeres indígenas (86.2%); el conocimiento del condón es significativamente inferior en los municipios indígenas y por debajo se encuentran el ritmo y el retiro, sin embargo estos últimos si son utilizados.

Los métodos más utilizados en la población indígena son el DIU y la OTB (o salpingoclasia) , seguidos de las pastillas y las inyecciones.

El uso de un método anticonceptivo responde a razones personales, culturales y al propio contexto socioeconómico. Entre las principales razones se encuentra el querer un método permanente o efectivo (33.9%), la elección del método porque les gustaba su forma de uso (10.9%), o porque no les causaba daño a su salud. La razón cultural que sobresale es la declaración de que el esposo o pareja lo prefirió (8.8%). Finalmente las razones atribuibles a la escolaridad o al contexto institucional son las que mencionan que es el único método que conocen (0.6%), que no les preguntaron su opinión (2.8%), que lo eligieron por recomendación de un amigo o familiar (1.5%), o que lo hicieron por recomendación del prestador de servicios de salud (16.9%).

Por otro lado también se encuentran las mujeres que prefieren no usar métodos anticonceptivos por falta de conocimiento (5%), porque no sabe cómo se usan los métodos (2.1%), simplemente por no estar de acuerdo con usar métodos anticonceptivos (4.6) y aquellas que no lo consideran necesario porque están dando pecho a uno de sus hijos (3.7%).

Entre las mujeres que son usuarias de métodos anticonceptivos, aproximadamente el 62% los utilizan para terminar con su reproducción y6 alrededor del 40% los usan para espaciar sus embarazos. (Fernández y Salas, 2001).

Esta evolución en la conducta sexual indígena puede explicarse mediante la teoría de la difusión que destaca tres aspectos en las interacciones sociales; estos son: el intercambio de información e ideas sobre la disponibilidad y acceso de la tecnología anticonceptiva (con lo que se pueden propiciar cambios en el comportamiento y aspiraciones individuales), la interpretación y adaptación de su significado en contextos socioculturales específicos y la influencia social que restringe o impulsa la acción.

Las interacciones sociales poseen canales propios a través de los cuales se produce el intercambio, adaptación y apropiación de ideas e información. Estas vías son más intensas a partir de una contigüidad espacial (vecindad de localidades, regiones, etc.), proximidad social (ocupacional, de ingresos, educativa, étnica, etc.) o ideacional (generacional, de género y religiosa, entre otros) (Fernández y Salas, 2001).

Es por lo anterior que se ve esta evolución en los grupos indígenas que conviven intensamente con población no indígena, es el caso de las comunidades que habitan las grandes ciudades.

### *IDEAL REPRODUCTIVO*

En este aspecto sus respuestas indican fatalismo o la ausencia de preferencias y corresponden a actitudes tradicionales como son: los hijos que Dios me de (1.7%), me da lo mismo (1.4%) o no sé (2.6%), respuestas elevadas al compararlas con población no indígena.

La preferencia en el número de hijos que desean tener se localiza en dos, seguidos de tres y cuatro, dejando al final la preferencia por un solo hijo (Fernández y Salas, 2001).

## *SITUACIÓN AL INTERIOR DE LA COMUNIDAD MAZAHUA.*

Como preámbulo de este trabajo se realizó un trabajo pequeño pero importante para conocer las necesidades de la comunidad de San Mateo, gracias al cual se despertó mayor interés en el tema.

Esta detección de necesidades se llevó a cabo aproximadamente en diciembre de 2000 y se contó con la participación de algunas jóvenes de la comunidad, este primer encuentro no representa a un número significativo de la comunidad, sin embargo, al parecer las condiciones de esta no varían mucho, por lo que se tomó como paradigma para el comienzo de la investigación.

La propuesta para detección de necesidades fue por medio de observación y entrevista directa, basándose en preguntas previas que a continuación se citan:

- ¿Tienes conocimiento de cómo se embarazan las mujeres?
- ¿Sabes cómo no embarazarte?
- ¿Te han aconsejado alguna vez cómo no embarazarte?
- ¿Conoces algún método anticonceptivo y su función?
- ¿Tienes relaciones sexuales con tu pareja?
- ¿Llevas algún control de natalidad?
- ¿Cuándo te gustaría tener un hijo y en qué condiciones?
- ¿A qué edad se embarazan las mujeres de tu comunidad?
- ¿Cuántos hijos tienen aproximadamente?
- ¿Hablas con tus padres o alguna otra persona acerca de tus dudas sobre sexualidad?
- ¿Qué te gustaría saber sobre tu sexualidad?

Estas preguntas se hicieron a 4 personas de 13, 15 y dos de 18 años de edad en la casa de una de sus tías.

Las respuestas obtenidas a partir de estas preguntas fueron:

¿Tienes conocimiento de cómo se embarazan las mujeres?

Solo rien nerviosas, pero no contestan claramente. Dicen que “ahora ya saben porque ya tienen un hijo”.

¿Sabes cómo no embarazarte?

Sí: por medio de métodos anticonceptivos.

¿Te han aconsejado alguna vez cómo no embarazarte?

No; en su familia no hablan de eso. Si alguna persona tiene conocimiento, sólo les dicen que se cuiden, pero no les dicen cómo. Los conocimientos que tienen provienen de la escuela y por los cursos que les han brindado algunas instituciones.

¿Conoces algún método anticonceptivo y su función?

Conocen los óvulos, las pastillas, las inyecciones, el DIU, el condón. Sin embargo, no físicamente. Tienen muchas dudas de cómo se usan, cómo funciona el método del ritmo, y tienen curiosidad por saber más acerca del condón femenino.

¿Tienes relaciones sexuales con tu pareja?

Sí. Todas tienen ya un hijo. No son casadas por ninguna ley, y son fieles al marido aunque éste les sea infiel. Comentan que algunas ocasiones ellas no tienen deseo sexual, pero su pareja las obliga, ellas manifiestan “*nos obligan de manera pasiva: no con golpes que dejen morado, sino con ligeras cachetadas o con una patada, pero no son golpes*”. También se comentó que los hombres sólo se acercan a ellas cuando quieren tener relaciones sexuales; antes no las tocan, no las acarician, no les dan un beso. Sólo una de ellas se atreve a incitar a su pareja; el resto se quedan sumisas esperando, no lo manifiestan por pena.

¿Llevas algún control de natalidad?

Mencionan que a hay chicas de su comunidad se les ha colocado el DIU después del parto, pero algunas de ellas en particular, sólo utilizan el ritmo (aunque no lo conocen bien) y el coito interrumpido, porque “los hombres son los que las deben de cuidar”.

¿Cuándo te gustaría tener un hijo y en qué condiciones?

La mayoría ya tiene un hijo mínimo. Les hubiera gustado tener ya una casa propia y que no vivieran con sus suegros para no tener problemas; que sus maridos no se drogaran o alcoholizaran. También les hubiera gustado terminar la escuela y haber tenido apoyo por parte de sus padres, ya que la mayoría de ellos las rechazaron y corrieron de su casa.

¿A qué edad se embarazan las mujeres de tu comunidad?

Entre los 13 y 14 años de edad.

¿Cuántos hijos tienen aproximadamente?

Las señoras grandes tienen de 6 a 10 hijos; las adolescentes tienen de 3 a 5 hijos.

¿Hablas con tus padres o alguna otra persona acerca de tus dudas sobre sexualidad?

No han tenido información por parte de sus padres; no sabían qué era una menstruación o cuándo podían quedar embarazadas, salvo una que tiene una hermana mayor, quien le dijo que las mujeres sangraban y que era probable que quedara embarazada, por lo que “debía cuidarse”. Otra mencionó que llegó a escuchar fugazmente conversaciones de su tía y su mamá sobre cómo nacían los niños, pero no cómo se hacían. En la primaria les daban información sobre menstruación, embarazo, etc., pero no a profundidad.

¿Qué te gustaría saber sobre tu sexualidad?

Les gustaría conocer acerca de las enfermedades venéreas (Infecciones de transmisión sexual); varias reportan que presentan comezón en el área vaginal, que han ido al doctor para tratarse, pero como están lactando no pueden tomar medicamento. Además, después de que el médico les dice que ya están curadas, vuelven a incidir. Otra preocupación es acerca del cuidado que deben tener con sus hijos.

Con lo anterior, se detectó que existe la necesidad de:

Información a muy temprana edad sobre anticoncepción para evitar el embarazo y sus consecuencias posteriores

Conocer cómo se embaraza una mujer, desde qué edad puede embarazarse y hablar más abiertamente acerca del tema.

Conocer físicamente algunos métodos anticonceptivos, su uso correcto y función, más allá de la mera información hablada, por lo que sería conveniente la colaboración de la pareja.

Mayor comunicación con su pareja sobre las dudas que a ambos les surgen.

Tener mayor equidad en las relaciones sexuales, permitiendo la opinión de la mujer sobre cuándo tener una relación sexual, y tener la libertad de decir “no” sin que sea rechazada por la pareja

Asistencia de la pareja al Centro de Salud o con las personas indicadas que les informen acerca del control natal y enfermedades de transmisión sexual, es decir, una participación más activa de la pareja

Fomentar la inquietud de conocer más acerca de los riesgos de las relaciones sexuales promiscuas

Autovaloración, para tener la capacidad de decidir sobre su cuerpo, cuándo tener relaciones sexuales, cuándo embarazarse, y ser más autosuficientes aún cuando estuviesen solas

Fomentar el control de natalidad, sensibilizándose acerca de los beneficios de la familia pequeña

Inducirlas a compartir la información correcta que hayan recibido con las personas cercanas a ellas que lo necesiten (hermanas, amigas, etc.)

Persuadirlas a que eduquen a sus hijas e hijos acerca de su sexualidad, del embarazo, de enfermedades de transmisión sexual y que, en caso de no tener suficiente confianza, indicarles que acudan con profesionales para aclarar cualquier duda que les surja.

Saber los cuidados que requiere un bebé.

Conocer los efectos y riesgos de las relaciones extra-maritales

Información sobre fármaco dependencia y drogadicción, y las consecuencias de éstas dentro de la familia.

De estas necesidades, en el presente programa se abordaron temas, tales como, el conocimiento del embarazo, métodos anticonceptivos, beneficios de la no-fecundidad a edad temprana, exhortación a la búsqueda de información en el lugar y con las personas adecuadas así como difusión de lo aprendido, autovaloración, además de los puntos considerados en los objetivos del programa.

Después de hacer estas entrevistas se dedujo que se trata de una comunidad con un alto riesgo contraer enfermedades de transmisión sexual, así como una deficiente información, a pesar de que han tenido cursos o platicas anteriores.

Se observa claramente que aún no se percatan de manera conciente de sus actos (no usan constantemente los métodos anticonceptivos), y varias de las situaciones las consideran normales porque así son sus costumbres (violencia dentro de la pareja, por ejemplo), donde ellas son sumisas, y imposibilitadas para rebelarse ante la pareja, porque como ellas son mujeres deben de dedicarse a los hijos y no meterse en ningún otro asunto, además de que no tienen la capacidad de expresar todas sus dudas y no hay quien se las conteste.



## *HISTORIA DE LA COMUNIDAD*

La comunidad Mazahua con la que se realizó la presente investigación, se localiza en la Ciudad de México, en la delegación Iztapalapa, sobre la calle Prolongación Sur 69 número 9 en la colonia San Andrés Tetepilco, casi esquina con el eje 7 Sur Municipio Libre y cerca de la Av. Plutarco Elías Calles. Formada por personas provenientes principalmente del estado de Michoacán, del pueblo San Mateo, colindante con el Estado de México, quienes desde aproximadamente 30 años han poblado esta zona del Distrito Federal.

La historia de la comunidad fue rescatada gracias al apoyo de la señora Lorenza Salgado Huerta, habitante de esta comunidad, quien funge como apoyo en la representación de la misma; así como a las personas participantes en los talleres realizados, quienes aportaron datos importantes.

El predio que actualmente ocupa esta comunidad originalmente estaba abandonado, aunque pertenecía a la señora Teresa N. , en el año 2002, personas ajenas al lugar comenzaron a invadir este terreno, por lo que la señora Teresa acudió con la señora Lorenza Salgado, habitante de una comunidad mazahua, quien en ocasión anterior pudo regularizar su situación respecto a su vivienda, con lo que creó vínculos con abogados y personas que laboran dentro del gobierno del Distrito Federal, esta vivienda también está ubicada en la misma calle, a unas cuantas casas del terreno en disputa.

Para que la señora Lorenza le auxiliara a la señora Teresa en el desalojo de los invasores, esta última le ofreció compartir con ella la mitad del predio, a lo que la señora Lorenza accedió, pero a reserva de ser apoyada por más personas, vecinos de esta, quienes en conjunto fueron a sacar a las personas que arbitrariamente habían ocupado el lugar.

De esta manera, fue como una parte de la comunidad mazahua, originalmente llamada San Mateo, en honor al pueblo de donde son originarios, cambió su lugar de residencia, ocupando el actual terreno de Prolongación Sur 69 número 9, en la colonia antes citada. La señora Teresa N., propietaria del terreno permitió a esta comunidad construir pequeñas viviendas para ser ocupadas por ellos, pero dejando en claro que la propietaria seguirá siendo ella.

En pláticas con la señora Lorenza Salgado , comentó que al parecer el predio anterior, el actual y otra buena parte de su calle no tiene dueño específico, más bien era un lote abandonado al que poco a poco fueron invadiendo personas ajenas, como en el caso de su comunidad, por lo que ellos están en proceso de legislar su pertenencia por el tiempo que lo han ocupado, el cual les brinda derechos sobre la propiedad.

Desafortunadamente a causa de este cambio de residencia y de otros malos entendidos dentro de la comunidad mazahua San Mateo las relaciones entre los habitantes de ambos predios se han visto muy deterioradas, por lo que actualmente se manejan como dos comunidades separadas y los beneficios que a una comunidad llegan no son solicitados para la otra. Esta comunidad naciente se ha auto-denominado "Club Mazahua de mujeres", y es con quienes se realizó esta investigación.

### **III. MÉTODO**

Dentro de la comunidad mazahua se presentan varios problemas relacionados al ámbito sexual, entre ellos el embarazo adolescente, abortos, infecciones de transmisión sexual, etc., esta investigación pretende conocer y modificar las actitudes de las personas respecto a la sexualidad, su conocimiento de la misma y su autoestima como posibles determinantes en la repetición de esta problemática.

La investigación es de tipo descriptiva y correlacional, ya que pretende dar un panorama lo más preciso posible de esta situación y se busca medir el grado de relación que existe entre las variables de autoestima, actitudes y conocimientos de la sexualidad.

#### **III.1 Pregunta de investigación**

Con la aplicación de un taller vivencial de autoestima y sexualidad en la comunidad mazahua, *¿se modifica la actitud, los conocimientos y la autoestima de los participantes?*

#### **III.2 Objetivo General.**

Incrementar la autoestima y mejorar la actitud que se tiene ante el tema de la sexualidad en la comunidad mazahua brindando el beneficio del conocimiento y que esto repercuta en sus prácticas sexuales

#### **III.3 Objetivos Específicos.**

- Evaluar el nivel de conocimientos acerca de aspectos relacionados con la sexualidad.
- Evaluar el tipo de actitud hacia la sexualidad que presentan los sujetos.
- Valorar el nivel de autoestima
- Aplicar un taller con aspectos relacionados a la sexualidad y la autoestima encaminado a favorecer sus conocimientos y su actitud hacia la sexualidad, así como su autoestima.

- Evaluar el nivel de conocimientos acerca de aspectos relacionados con la sexualidad adquiridos después de la aplicación del taller.
- Evaluar el tipo de actitud hacia la sexualidad que presentan los sujetos posteriormente de la aplicación del taller.
- Valorar el nivel de autoestima manifestada por los sujetos después de la aplicación del taller.

### **III.4 Hipótesis.**

Hi: Con la aplicación de un taller vivencial de autoestima y sexualidad en la comunidad mazahua, se modifica la actitud, los conocimientos y la autoestima de los participantes.

Ho: Con la aplicación de un taller vivencial de autoestima y sexualidad en la comunidad mazahua, no se modifica la actitud, los conocimientos y la autoestima de los participantes.

### **III.5 Definición de variables**

*Definiciones conceptuales:*

Actitud hacia la sexualidad:

Evaluación basada en los afectos personales hacia las expresiones de la vida cotidiana en las que estén involucradas las relaciones entre hombres y mujeres, el acto coital, las diferencias físicas, de roles de género, el afecto a sí mismo, a su cuerpo y su forma de actuar, etc., basados en la experiencia o creencias acerca de estos temas.

Conocimiento de la sexualidad:

Recepción, comprensión y aplicación libre y adecuada de la información referente a la sexualidad para la conservación y mejoramiento de la calidad de vida y la salud sexual.

### Autoestima:

Actitud de aprobación o reprobación e indica el grado en que una persona se cree capaz, significativo, afortunado y digno (Goble, 1977, citado por Martínez J., 1995)

### *Definiciones operacionales:*

### Actitud hacia la sexualidad:

Respuestas al Cuestionario para Jóvenes de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, selección de reactivos concernientes a las actitudes, (autoadministrado) (Aguilar, Botello, Aumak, 1998)

.Conocimiento de la Sexualidad.

Respuestas al Cuestionario de Información Sexual de Almaraz L. y Bonilla L., 1991, (autoadministrado).

### Autoestima.

Respuestas a la Escala ICA-AUT 1997 de Moreno, S., selección de reactivos, (autoadministrado).

## **III.6 Diseño de investigación**

Esta investigación se desarrollo basándose en un diseño pre-experimental de pre-prueba-post-prueba con un solo grupo voluntario, el cual se dividió en dos partes equivalentes entre si, por un lado el grupo de personas más jóvenes, solteros y que aún no tienen hijos, en su mayoría aún asisten a la escuela, por otro lado, el grupo de personas de mayor edad, casados o en unión libre, con al menos un hijo y que trabajan o se dedican al hogar (grupos emparejados).

## **III.7 Tipo de estudio**

Descriptivo ex post facto, longitudinal, y de comparación.

### III.8 Sujetos

Se utilizó una muestra de 13 sujetos (de los cuales 11 son mujeres y 2 hombres), indígenas, pertenecientes a una comunidad mazahua establecida en la Ciudad de México, que entienden y hablan castellano.

Debido a que los participantes fueron voluntarios, las edades fluctúan entre los 11 y 35 años de edad, con pareja o sin ella, con hijos o sin hijos, con niveles educativos desde primaria incompleta, completa y secundaria en curso o trunca.

### III.9 Tipo de Muestreo

No probabilístico, intencional, por cuota.

### III.10 Instrumentos

Escala de Autoestima para adolescentes ICA-AUT 1997 (Moreno, S., 1997) conformada por 20 reactivos con un valor de consistencia interna (obtenida a través del Alfa de Crombach) de .8380 ( **$\alpha = 0.8380$** ), con las siguientes cuatro dimensiones:

- Auto-rechazo: El sujeto no percibe características positivas de él, ya que se siente presionado, no aceptado por el mismo, que su vida es complicada y que todo lo que hace es un desastre, además de querer evadir el ambiente familiar por su falta de adaptación.
- Autodevaluación: Evaluación negativa al compararse con otras personas, y al no poder percibir en él, habilidades y cualidades de las cuales se pueda sentir orgulloso.
- Funcionamiento escolar y familiar: Inconformidad hacia sus áreas funcional y de interacción, específicamente con las actividades que realiza.
- Adaptación: Problemas para adaptarse a los cambios y tal vez por esta razón quisiera cambiar cosas de él.

Cuestionario de actitud hacia la sexualidad, elaborado, validado y confiabilizado por la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar MEXFAM y el Instituto

para la Salud Reproductiva de la Universidad de Georgetown (selección de reactivos). (Aguilar, J., Botello, L., Aumak, K.,1998). No se reportan valores estadísticos de dicho proceso.

Cuestionario de conocimientos acerca de la sexualidad, elaborado, validado y confiabilizado por Ofelia Almaraz y Sara Bonilla (Almaraz L., Bonilla L., 1991) . No se reportan valores estadísticos de dicho proceso

### **III.11 Escenario**

Ambas fases del taller fueron llevadas a cabo en las casas de los habitantes de la comunidad, las cuales son espacios de 3 metros cuadrados, donde aparte de los muebles (cama, sillas, ropero, mesa), teníamos que acomodarnos de 8 a 10 personas. Las sesiones se realizaron los días martes y jueves de 4:00 a 6:00 de la tarde, aunque en repetidas ocasiones se prolongaba por la insistencia de los asistentes para que más de sus preguntas fueran contestadas, incluso algunas que no tenían relación directa con el taller, por lo que se concluye que esa comunidad está muy necesitada de personas capacitadas que los orienten en diversos aspectos de la vida común, como son, el cuidado de los hijos, cuidados personales, asesorías legales, médicas, laborales, apoyo emocional, etc.

### **III.12 Procedimiento.**

- Elaboración del taller de autoestima y sexualidad con los siguientes temas:
  1. Importancia del conocimiento de la sexualidad. El cual expone a través de dinámicas de reflexión y participación colectiva la necesidad de conocer nuestro cuerpo, qué es la sexualidad, así como la importancia de su conocimiento.
  2. La comunicación para el conocimiento. Por medio de exposiciones y dinámicas de reflexión y trabajo individual se reconoció la utilidad de la comunicación y la importancia del reconocimiento de las personas adecuadas para resolver dudas acerca de la sexualidad.

3. Autoestima. Con apoyo de exposiciones, realización de dibujos, conversación y reflexión se reafirmó el gusto por el propio cuerpo, la identificación de los cambios que se han presentado en el mismo, las formas de cuidarlo como base de la realización de metas a futuro
4. Anatomía y fisiología reproductiva. Mediante la realización de dibujos, rompecabezas, presentación de posters y exposiciones se mostraron los órganos reproductores femeninos, órganos reproductores masculinos y el ciclo menstrual.
5. Embarazo. En la cual se expone las fases del embarazo (Fecundación, gestación, parto, posparto), y las consecuencias en la adolescencia (Físicos madre-producto, económicos, sociales y personales), con ayuda materiales de exposición plastilina para modelar y reflexión.
6. Métodos Anticonceptivos. Se trabajó mediante el empleo de anticonceptivos reales y simulados, por exposición y participación grupal. Se enfatizó en los siguientes: métodos naturales, de barrera, métodos físicos, métodos químicos y quirúrgicos.
7. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). (SIDA, sífilis gonorrea, virus del papiloma humano, hepatitis, herpes genital): Con el auxilio de memoramas, exposición, participación grupal y reflexión se mostró a los participantes las formas de contagio, el desarrollo de la enfermedad y el modo de prevención.
8. Alternativas para el ejercicio de la sexualidad. Partiendo de la realización de dibujos, exposición y reflexión se buscó el reconocimiento personal, mostrar las alternativas para el ejercicio de la sexualidad de forma responsable (Sexo seguro) (Abstinencia, fantasías, caricias y tocamientos, masturbación, relaciones protegidas), así como las consignas para el ejercicio de la sexualidad responsable.
9. Metas a futuro y toma de decisiones. Por medio de técnicas de relajación e imaginación y role playing se buscó que los participantes reflexionaran acerca de sus metas a futuro, de los elementos que



promueven las habilidades necesarias para la toma de decisiones y los valores a considerar en la toma de decisiones.

10. Importancia de la autoestima en el ejercicio de la sexualidad. Gracias a las técnicas de relajación, reflexión, participación grupal y collage se buscó darle importancia al disfrute de las sensaciones, al reconocimiento del cuerpo real que cada quien posee y no a modelos sociales y la conservación del cuerpo en buenas condiciones.
  - Se realizó la invitación a los habitantes de la comunidad mazahua para que asistieran al taller de sexualidad y autoestima, se les indicó el número de sesiones, tiempo y se pidió su colaboración para la realización en alguna de las viviendas de la comunidad, además de mencionarles la importancia de asistir a todas las sesiones.
  - Se dividió a los participantes en dos grupos de acuerdo a sus características e intereses dejando el primer grupo conformado por adolescentes sin hijos, ni pareja formal, y el segundo grupo por mujeres jóvenes con al menos un hijo que viven en pareja.
  - Se aplicó a los participantes la escala de Autoestima ICA-AUT 1997 de Moreno, S.
  - Se aplicó la escala de actitud hacia la sexualidad de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (selección de reactivos). (Aguilar, Botello, Aumak, 1998)
  - Se aplicó el cuestionario de conocimientos acerca de la sexualidad (Almaraz L., Bonilla L., 1991) .
  - Se realizó el taller de autoestima y sexualidad de acuerdo a los tiempos convenidos y los especificados en la carta descriptiva del curso (ver anexo).
  - Se aplicó a los participantes la escala de Autoestima ICA-AUT 1997 (Moreno, S., 1997)
  - Se aplicó el cuestionario de actitud hacia la sexualidad y conocimientos de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (selección de reactivos) (Aguilar, Botello, Aumak, 1998).

- Se aplicó el cuestionario de conocimientos acerca de la sexualidad (Almaraz L., Bonilla L., 1991)
- Todos los instrumentos fueron de autoaplicación, recordándoles a los participantes que ante cualquier duda podían preguntar a la instructora.

### **III.13 Análisis de resultados**

El estudio es de tipo descriptivo, realizado a través de análisis de frecuencias para determinar los perfiles de conocimientos y actitud hacia la sexualidad, así como el de autoestima. Una vez evaluado el perfil descriptivo de los sujetos se aplicó una comparación a través de las pruebas Wilcoxon y Friedman.

#### IV. RESULTADOS

La sexualidad es un aspecto neurálgico en la vida, ligado profundamente a todas las áreas de nuestro ser (biológicas, afectivas, cognitivas y sociales), por lo que el bienestar de ésta traerá beneficios a las demás y viceversa. Claro que estas mejoras no son fáciles de obtener, la sociedad, familia y propios pensamientos frecuentemente la distorsionan, impidiendo su ejercicio libre, responsable y consciente.

De aquí la importancia de buscar modificaciones respecto a las actitudes que en general se tienen hacia la sexualidad, desmitificándola, y adaptándola a la cotidianidad.

Del mismo modo, como premisa de esta investigación se tomó a la autoestima como fundamento de este cambio de actitudes, ya que ésta puede ser el detonante que lleve a la acción, permitiendo a las personas conducirse de forma informada, responsable y consciente, respecto a su sexualidad, evitando quedarse con la información solo a nivel de pensamiento, sin poder llevarla a la práctica.

El objetivo de estudiar las actitudes, el nivel de conocimientos de la sexualidad y la propia autoestima de los participantes antes de la aplicación de un taller referente a estos aspectos, fue conocer en que condiciones se encontraban antes de cualquier tipo de intervención, lo cual permitiera hacer comparaciones con los niveles obtenidos al finalizar el taller, buscando con éste obtener un impacto en los participantes, preferentemente positivo, el cual les permitiera tener mayores elementos para el ejercicio de su sexualidad. Para determinar el nivel de conocimientos, autoestima y actitud hacia la sexualidad se aplicaron los tres instrumentos que a continuación se describen, los cuales se entregaron al inicio de la primera y segunda sesión y al finalizar la penúltima y última, con la consigna de que fuesen contestados de forma personal, sin ayuda, ni límite de tiempo, si tenían dudas podían preguntar a la instructora. La gran mayoría respondió sin problemas,

algunos preguntaban y todos respondieron y entregaron el cuestionario el mismo día que se les aplicó.

Los tres tipos de instrumento utilizados de acuerdo a las variables estudiadas son los siguientes:

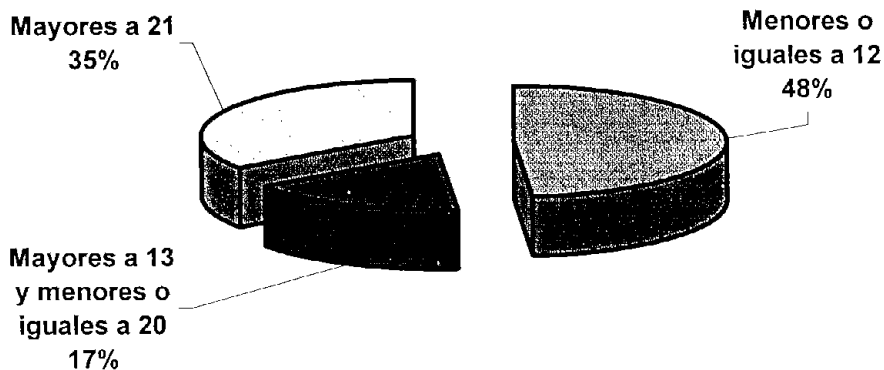
- El que mide actitudes hacia la sexualidad (Cuestionario para Jóvenes de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, selección de reactivos concernientes a las actitudes, autoadministrado de Aguilar, Botello y Aumak) de uso institucional.
- El de conocimientos de la sexualidad (Cuestionario de Información Sexual de Almaraz y Bonilla, autoadministrado) resultado de una tesis.
- El de autoestima en jóvenes (Escala ICA-AUT 1997, selección de reactivos,

Los resultados de esta investigación se dividieron en tres fases: la descriptiva de la población y la muestra, la cual da un panorama de las condiciones de vida de los habitantes de la comunidad y permite su conocimiento, la fase de los perfiles en la que se muestra los factores que se midieron con el fin de conocer las actitudes y conocimientos referentes a la sexualidad, así como la autoestima de los participantes, antes y posteriormente del taller efectuado; finalmente la fase de las pruebas de comparación, las cuales muestran las diferencias que existen entre una aplicación y otra, con estos instrumentos.

En la fase descriptiva se presentan datos útiles para el conocimiento de la población con respecto a sus condiciones de vida actual. En esta se presenta la distribución porcentual de las edades, sexo, lugar de nacimiento, lengua, años de habitar en el Distrito Federal, escolaridad, ocupación y estado civil. Estos datos se recopilaron gracias a un panfleto elaborado en la comunidad y utilizado por ellos, para dar a conocer a las instituciones a quienes piden ayuda, sus condiciones de vida. El número total de personas que habitan la comunidad es de 78.

Con el objeto de ordenar los datos referentes a las edades de los habitantes de la comunidad se procedió a realizar una distribución por edades, en las que se tomaron tres divisiones importantes. En primer lugar se refirieron como niños a todas las personas de 12 años o menos, los cuales superan en cantidad a los adolescentes y adultos (48%). Como adolescentes se contaron a los comprendidos entre los 13 y 20 años de edad (17%). Finalmente, como adultos, a todos los mayores de 21 años (35%). No se realizó división en los adultos mayores, pues son muy pocos los que entrarían en esta categoría, la gran mayoría de adultos alcanzan apenas los 45 años.

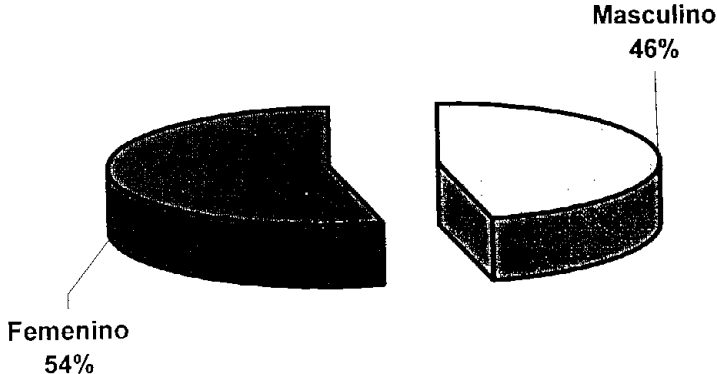
**Distribución por edades de los habitantes de la comunidad.**



**Gráfica # 1**

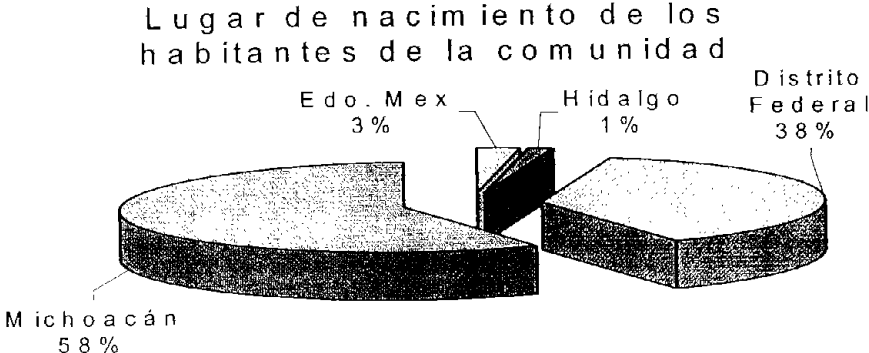
A continuación, la gráfica nos muestra que el 54% de los habitantes de la comunidad son mujeres. Ellas son el eje motor en el progreso de la comunidad, ya que son quienes juegan el papel activo en su organización, pues hacen las peticiones a las instituciones y gobierno en busca de beneficios para el grupo, además de trabajar en casa o fuera de ella.

**Distribución por sexo de los habitantes de la comunidad**



**Gráfica #2**

La siguiente gráfica nos muestra el lugar de nacimiento en porcentajes de la población Aunque la mayoría de personas adultas y adolescentes que forman la comunidad son pertenecientes al estado de Michoacán (58%), casi todos sus hijos (niños) nacieron en el Distrito Federal (38%).

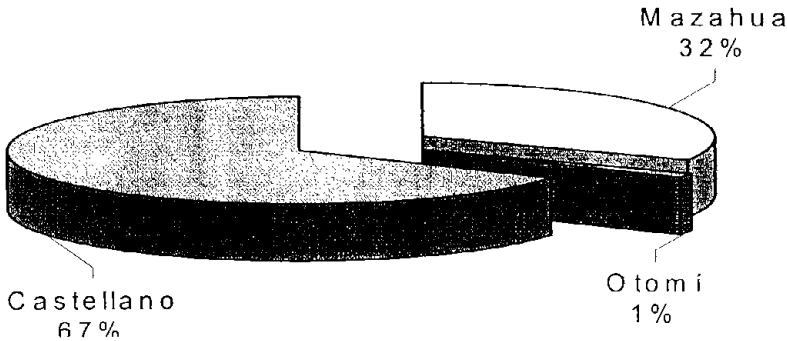


**Gráfica #3**

El siguiente aspecto a abordarse de suma importancia pues nos muestra la dicotomía en que ha vivido la comunidad desde su asentamiento en la ciudad de México. La comunidad se considera indígena mazahua porque sus orígenes, tradiciones y lengua de las personas que la formaron inicialmente eran pertenecientes a esta etnia, sin embargo al paso de los años se ha modificado esta tendencia, aunque aún se conserva, ya no predominan las características étnicas; esto debido a la gran influencia urbana, la necesidad de comunicación y fusión al medio y el menosprecio a sus raíces. La comunidad conserva pocas costumbres mazahuas, pocas personas hablan y entienden la lengua y prefieren hablar español. La mayoría viste con ropa de uso ciudadano, pues mencionan que muchos de ellos son rechazados si visten con sus trajes tradicionales, lo curioso es que son rechazados por personas de la misma comunidad, les dicen "indios", "sucios", entre otras cosas que los molestan, por lo que prefieren no utilizar sus vestimenta mazahua.

Actualmente solo el 32% de la población habla mazahua y el 1% otomí, aunque no lo hace de forma cotidiana, pues utiliza el castellano para comunicarse.

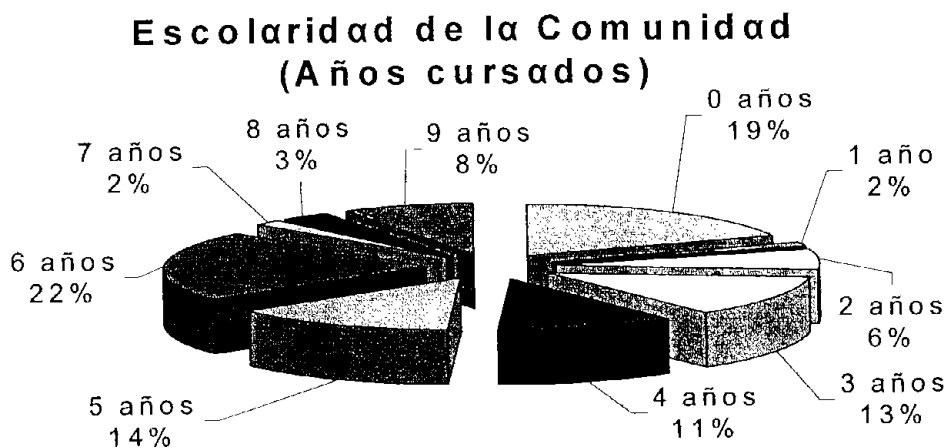
### Lengua materna de los habitantes de la comunidad



Gráfica #4

A continuación la gráfica nos muestra el número de años que las personas han asistido a la escuela, tomando como referencia que el primer año se cuenta como el primero cursado a partir de la educación primaria.

Como se observa, solo el 22% de la comunidad concluyó sus estudios de primaria, el 46% cursa actualmente algún año de primaria o lo trunció, solo el 13% continua sus estudios o los trunció durante la secundaria y el 19% no tiene ningún año de estudio.

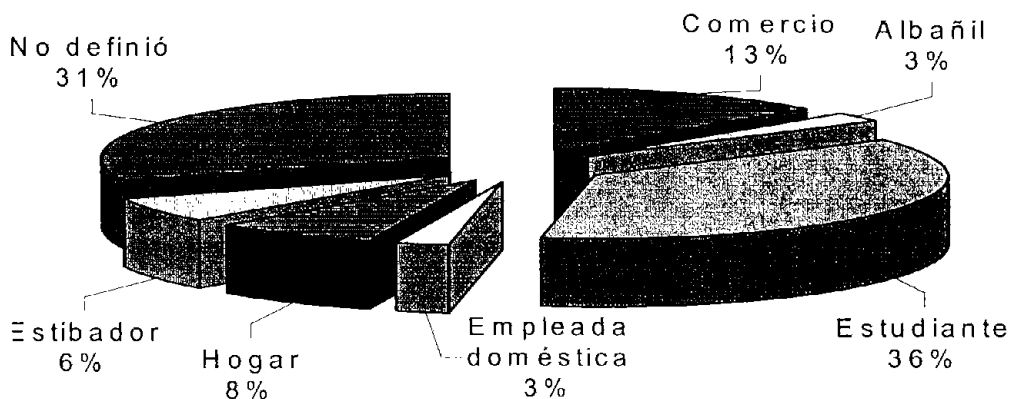


**Gráfica # 5**



Continuando con los factores sociodemográficos de la comunidad, encontramos que gran parte de la población son niños y jóvenes que se dedican al estudio, aunque muchos de ellos trabajan al lado de sus padres vendiendo dulces o pidiendo limosna. Este dato es interesante remarcarlo, ya que en su reporte censal, manifiestan que todos los niños estudian, y esto no corresponde a la realidad, pues los niños son fuente importante en la economía de las familias, por lo que muchos de ellos no estudian o desertan a temprana edad. Son pocos los niños y adolescentes que consiguen continuar con sus estudios. El resto de la población trabaja en empleos que requieren de poca preparación intelectual, mucho esfuerzo físico y con salarios muy bajos. En la gráfica que aquí se muestra, se respetaron los datos del censo proporcionado por ellos.

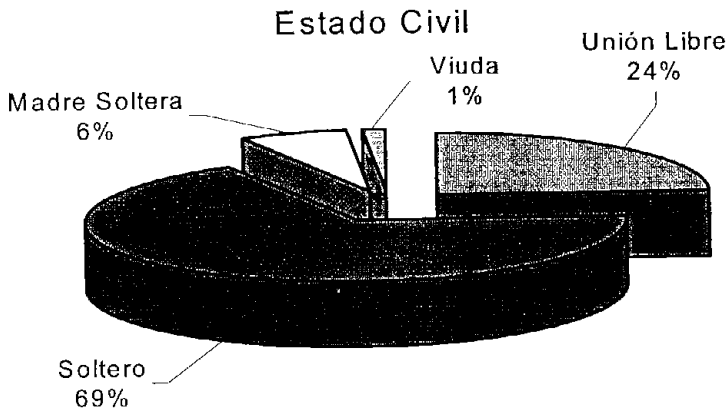
### Ocupación de los habitantes de la comunidad.



**Gráfica #6**

El siguiente aspecto cobra relevancia, pues nos muestra parte de su forma de vida. La comunidad se conforma por familias bien establecidas, en el mayor de los casos, sin embargo ninguna persona está casada por alguna ley. El 24% de la población vive en unión libre, y el 75% de la misma es soltero, aunque un 6% se resalta como madre soltera (se registran de esta forma en el censo buscando el beneficio económico que las instituciones dan a las mujeres en esta condición). El

resto de la población la conforman principalmente los niños, adolescentes que se ubican como solteros.



**Gráfica #7**

Finalmente, considerando que muchos niños ya nacieron en el Distrito Federal y nunca se han desplazado hacia otro sitio a vivir, se procedió a promediar el número de años que tiene la comunidad viviendo en el Distrito Federal, tomando en cuenta a los adultos, adolescentes y niños, encontrando que son 12 años los que tienen de habitar en esta ciudad, en promedio.

La muestra consistió en 13 sujetos pertenecientes a la comunidad. Inicialmente se realizó la invitación únicamente a adolescentes de 12 a 18 años, pues se consideró que es en estas edades cuando las personas corren mayores riesgos relacionados con la sexualidad.

En esta primera etapa se logró reunir a 10 personas, (algunos de edades menores a las requeridas).

Durante la aplicación del taller hubo deserción de algunas de estas personas e integración de otras, por lo que solo se tomaron en consideración 6 personas de

entre 11 y 19 años, que asistieron a todas las sesiones y que contestaron los instrumentos de medición que se aplicaron.

Posteriormente se realizó una nueva invitación para adolescentes, aunque no se obtuvo mucho éxito con estas personas.

Fueron las mujeres mayores de la comunidad las que estuvieron muy interesadas en asistir al taller, por lo que se les impartió a ellas modificando un poco los temas, pues algunos no se apegaban tanto a las necesidades de ellas. Este nuevo grupo se conformó de 7 mujeres de 19 a 35 años, con al menos un hijo y fueron muy consistentes en su asistencia y la aplicación de instrumentos.

La siguiente fase de la investigación se compone de los factores que se midieron con el fin de conocer las actitudes y conocimientos referentes a la sexualidad, así como la autoestima de los participantes, antes y posteriormente del taller efectuado, para lo cual se realizó la división del cuestionario de actitudes por áreas, con el fin de dar mayor organización al instrumento, agrupando los reactivos dirigidos hacia un mismo tema y cuya forma de calificación fuera similar (ver anexo). Esta acción se realizó ya que las preguntas, sus respuestas y la forma de calificación no eran consistentes, pues variaban entre un reactivo y otro. Se trabajó de esta manera, debido a que no existe forma de calificación ni reportes de estandarización y validez en la institución creadora del instrumento (MEXFAM) y en este momento no se pudo realizar la estandarización por tratarse de una muestra muy pequeña.

Respecto a los instrumentos de autoestima y conocimientos, se les adjudicó un puntaje mayor a las respuestas que manifestaban mejor autoestima, del mismo modo, en el instrumento que mide conocimientos, el puntaje mayor fue para las respuestas correctas. De forma inversa, se les dio un puntaje menor a los reactivos de menor autoestima y respuestas incorrectas o no contestadas en el rubro de conocimientos.

La última fase se compone de las pruebas de comparación, las cuales muestran las diferencias que existen entre la primera aplicación de los instrumentos y la final, con el objetivo de identificar si existieron cambios significativos en las variables medidas antes y después del taller. Para ello se corrió la prueba de Wilcoxon, debido a que la muestra es pequeña y necesitamos comparar las dos mediciones y la diferencia de magnitud de las mismas (Ferran, 2001) , obteniendo los siguientes resultados.

**Tabla #1 Áreas y puntajes obtenidos en la comparación pre-post con la prueba de Wilcoxon.**

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Actitud hacia el propio cuerpo	Pretest	1.84	1.28	-1.27	0.202
	postest	2.30.	1.18		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Actitud hacia la opinión social	Pretest	1.53	1.05	-.264	.792
	postest	1.61	1.12		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Actitud hacia observar el cuerpo desnudo	Pretest	1.61	.506	-.264	1.0
	postest	1.61	.506		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Actitud favorable a observar	Pretest	1.07	1.11	-.816	.414
	postest	1.30	1.18		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia
Actitud desfavorable a observar	Pretest	3.23	1.16	-1.10	.269
	postest	2.84	1.67		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia
Actitud hacia el conocimiento de la sexualidad	Pretest	5.69	1.79	-.21	.829
	postest	5.61	2.14		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia
Actitud hacia la expresión de la sexualidad	Pretest	9.46	4.64	-1.40	.161
	postest	10.69	3.88		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia
Explicación de la actitud hacia la expresión	Pretest	1.15	1.28	-1.0	.317
	postest	.84	1.34		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia
Platicar sentimientos cuando hay cambios corporales	Pretest	3.92	1.32	-.702	.483
	postest	3.76	1.36		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia
Actitud hacia los modelos sociales	Pretest	4.46	.660	-.586	.558
	postest	4.15	1.28		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Actitud para tocar el cuerpo	Pretest	3.15	1.14	-.277	.782
	postest	3.23	1.64		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Actitud hacia la revisión	Pretest	8.23	1.73	-2.26	.025
	postest	7.15	1.67		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Actitud hacia el conocimiento	Pretest	4	.912	-.900	.368
	postest	3.53	1.80		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Actitud hacia la plática de temas de sexualidad	Pretest	68.61	30.12	-1.36	.173
	postest	76.15	23.59		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Ventajas de relaciones sexuales	Pretest	.77	1.013	-.272	.785
	postest	.69	.947		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Desventajas de relaciones sexuales	Pretest	1.31	.947	-.272	.785
	postest	1.23	.927		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia
Sentimientos con el propio cuerpo	Pretest	3.61	1.04	-1.82	.068
	postest	4.69	1.10		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia
Sentimientos hacia la expresión de los deseos	Pretest	2.07	.954	-.535	.593
	postest	2.23	.832		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia
Sentimientos hacia la protección de ITS	Pretest	6.92	2.01	-.838	.402
	postest	7.30	2.21		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia
Sentimiento al cuidar los genitales	Pretest	3.92	1.32	-1.55	.120
	postest	4.69	1.43		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia
Ventajas de tener un hijo	Pretest	.77	.927	-1.127	.260
	postest	1.15	.987		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia
Desventajas de tener un hijo	Pretest	1.62	.768	.141	.888
	postest	1.69	.751		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Asistencia al médico	Pretest	1,30	.480	0	1,0
	Posttest	1.30	,630		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Actividad sexual	Pretest	1.46	.776	-.378	.705
	posttest	1.38	.650		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Anticonceptivo primera vez	Pretest	.846	.375	0	1
	Posttest	.846	.554		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Utilización anticonceptivos	Pretest	1.15	.554	0	1
	posttest	1.15	.688		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Qué anticonceptivo usas	Pretest	1.15	.688	0	1
	posttest	1.15	.688		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Autoestima total	Pretest	38.69	6.47	-2.78	.007
	posttest	45	6.23		



Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Sexo	Pretest	1.76	.599	-1.34	.180
	postest	2	0		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Sexualidad	Pretest	1.53	.776	-.966	.334
	postest	1.84	.554		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Conocimientos total	Pretest	44.15	6.89	-2.09	.036
	postest	47.53	8.94		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Fisiología masculina	Pretest	5.23	1.09	-.855	.393
	postest	5.53	1.33		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Fisiología femenina	Pretest	7.76	1.58	-2.20	.027
	postest	8.61	1.70		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Actividad sexual	Pretest	2.69	.630	-.722	.470
	postest	2.92	.759		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Hábitos	Pretest	6.38	1.55	-.921	.357
	postest	6.76	1.83		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Anticonceptivos	Pretest	8.69	1.10	-.723	.470
	postest	8.92	1.44		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Diversidad sexual	Pretest	3.76	1.48	-.302	.763
	postest	3.76	1.23		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Embarazo	Pretest	8.07	3.04	-2.03	.041
	postest	9.38	3.20		

Sin embargo las áreas que únicamente muestran que realmente existen diferencias estadísticamente significativas son: Actitud hacia la revisión de los genitales, Autoestima total, Conocimientos total, Fisiología femenina y Embarazo, debido a que los puntajes a se presentan por debajo del 0.05.

**Tabla #2 Áreas que obtuvieron puntajes a significativos**

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Actitud hacia la revisión	Pretest	8.23	1.73	-2.26	.025
	postest	7.15	1.67		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Autoestima total	Pretest	38.69	6.47	-2.78	.007
	postest	45	6.23		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Conocimientos total	Pretest	44.15	6.89	-2.09	.036
	postest	47.53	8.94		

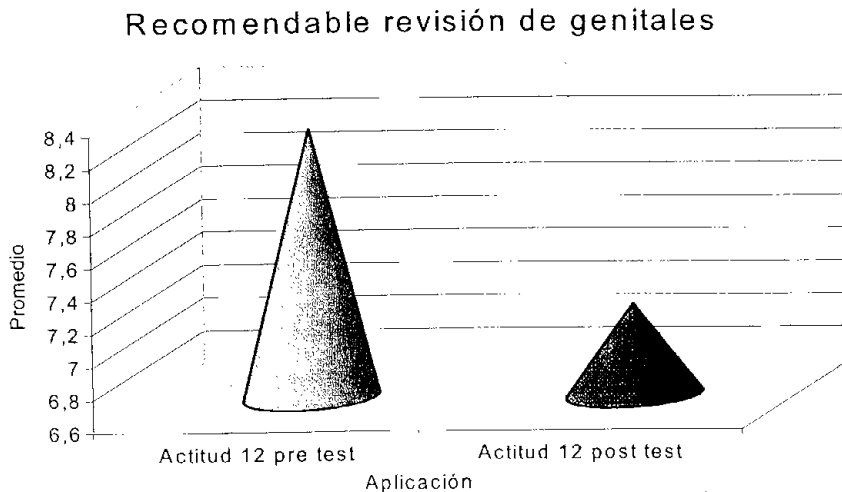
Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Fisiología femenina	Pretest	7.76	1.58	-2.20	.027
	postest	8.61	1.70		

Área	Aplicación	Promedio	Desv. Est.	Diferencia	Significancia a
Embarazo	Pretest	8.07	3.04	-2.03	.041
	postest	9.38	3.20		

A continuación se muestran las gráficas que representan las áreas que obtuvieron puntajes significativos en la investigación.

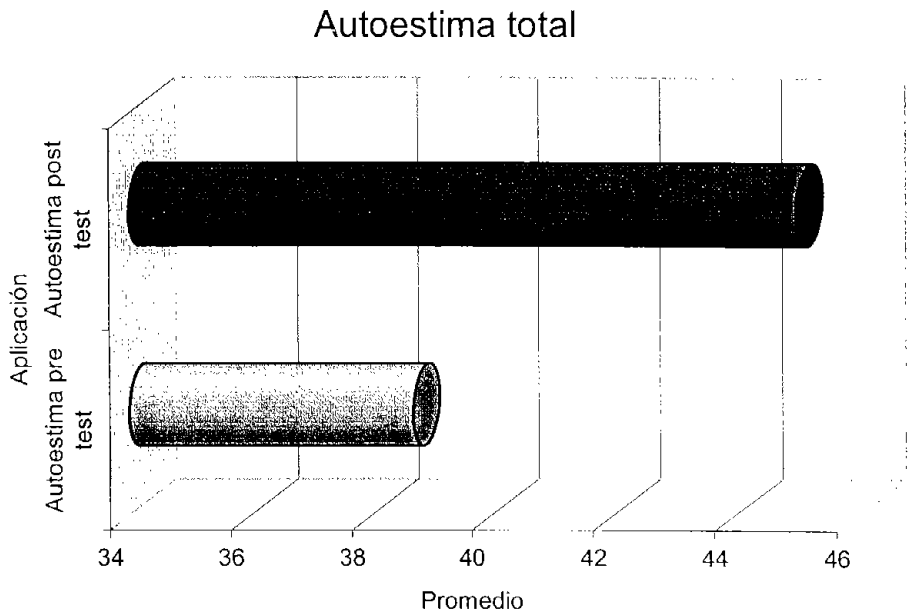
En la primer gráfica, llama la atención que los resultados del pretest son mayores que los del posttest y además resultan significativos, por lo que se procedió a revisar los reactivos que conforman el área de manera individual, encontrando que esta tendencia persiste y resaltando que en el pretest, las respuestas que dan los participantes son **Totalmente de acuerdo, De acuerdo y Ni de acuerdo, ni en desacuerdo** y en el posttest, los participantes contestaron también en la categoría **Desacuerdo y Totalmente desacuerdo** y menos sujetos en la categoría intermedia **Ni de acuerdo, ni en desacuerdo**, lo cual hace que haya distribución entre las opciones de respuesta.

Probablemente en el pretest los participantes no se atrevieron a dar una respuesta acorde a sus creencias, pues era la primera vez que se les preguntaba y no habían tenido ningún contacto con la facilitadora, ni con los temas tratados, sin embargo en el posttest tuvieron mayor facilidad para contestar con veracidad su creencia en este sentido y nos muestran que su actitud al respecto no tuvo variaciones.



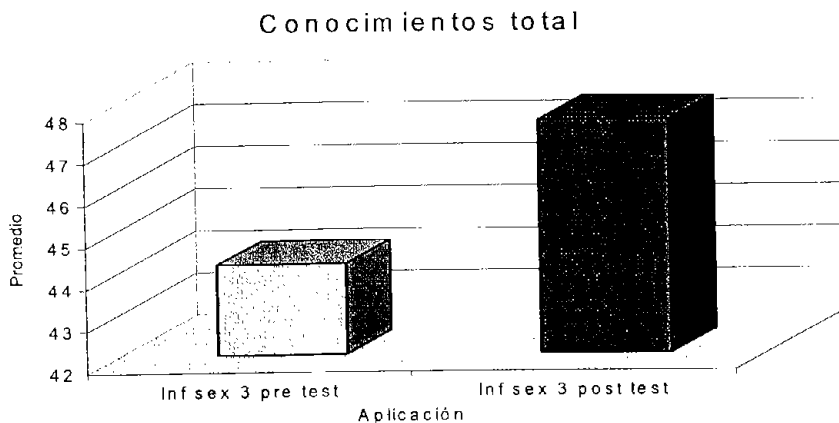
Gráfica # 8

La autoestima se vio beneficiada (incrementó 16.3%). Aunque no se consiguieron grandes cambios en las áreas de actitudes, es muy valioso el haber conseguido mejoras en esta área psicológica y no solo en las de conocimientos, pues esto aumenta las probabilidades de que los participantes hagan uso de los recursos que tienen ahora.



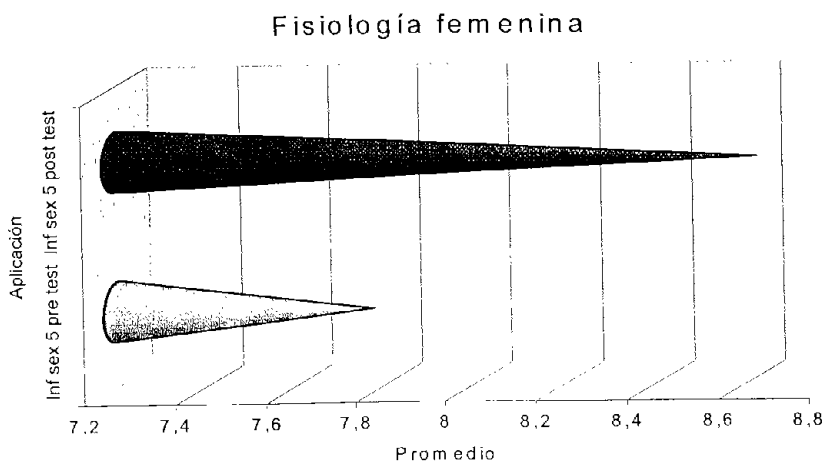
**Gráfica #9**

El área de conocimientos también se incrementó en un 7.6%, pues gracias al taller, los participantes cuentan ahora con mayores nociones acerca de la sexualidad, además de desmitificarla en muchos sentidos.



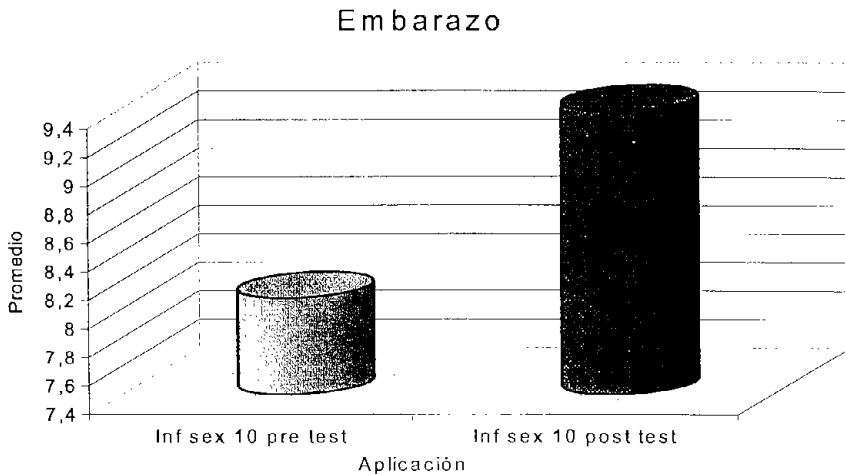
**Gráfica #10**

En el mismo sentido, el área de la fisiología femenina también consiguió un incremento del 10.9%. Esto resulta muy benéfico, pues la mayoría de las participantes fueron mujeres, y el hecho de tener mejores conocimientos acerca de su cuerpo y sus funciones incrementa las posibilidades de que hagan uso de las técnicas de prevención en salud sexual y reproductiva, además de poner atención a las señales de su cuerpo en caso de enfermedad.



**Gráfica #11**

El embarazo es un aspecto de suma importancia y curiosidad en las participantes, pues es de interés para ellas conocer los procesos de fecundación, embarazo, parto y posparto. Esta área tuvo un incremento del 16.2%, lo cual nos indica que es muy probable que los participantes tengan en cuenta los factores más relevantes en la planeación de un embarazo, así como las etapas del mismo y los cuidados que deben tener tanto la madre como el niño al momento de nacer.



**Gráfica #12**

Las demás áreas no muestran diferencias significativas posiblemente al tamaño reducido de la muestra, o la validez del instrumento, la cual no pudo ser verificada. No obstante, estas cinco áreas si muestran una modificación favorable.

Al hacer una revisión de los instrumentos, sin lujo de detalle, se percibe muy bien esta tendencia en la que no se modificó la actitud de manera importante pues las respuestas en este rubro permanecen con mucha similitud entre el pre y el postest.

Sin embargo es notable la diferencia en el tipo de respuestas de los adolescentes y de las mujeres adultas, pues los primeros aún conservan una actitud favorable hacia las relaciones sexuales, el tener hijos, la utilización de métodos anticonceptivos, la observación y cuidado del cuerpo, entre otros factores relacionados, sus respuestas se ven rodeadas de fantasías e ilusiones (“sería bonito tener relaciones sexuales / tener un hijo porque así se que mi pareja me quiere”, “ya no estaría sola(o)”, “sentiría que alguien me quiere”, “sería más responsable si tuviera un hijo”, etc. Su principal temor al tener relaciones es embarazarse y que por ello su familia les de la espalda o los regañe, así como no poder mantener al bebé debido a su edad, poca experiencia, falta de recursos económicos, etc., además el contraer infecciones de transmisión sexual.

Por su parte, las mujeres adultas tienen una actitud más negativa, pues en su mayoría comentan que no traería ninguna ventaja tener relaciones sexuales o hijos, pues ya tienen demasiados, no pueden mantenerlos o no les permiten trabajar o hacer otras cosas, además de traer consigo gastos pues algunos niños tienen capacidades diferentes “y los que vengan pueden nacer igual”. Algunas mencionan que podrían o quisieran tener mayor comunicación con sus parejas al tener relaciones sexuales, lo cual consideran una ventaja, así como tener la “ilusión de volver a ser madres”.

En el taller se maneja la sexualidad como un aspecto integral en la vida de todos los seres humanos y se aterrizó en elementos que ellos mismos propusieron como integrantes de la sexualidad, además de diferenciarlo de sexo, pues este se entiende como las características biológicas que diferencian a hombres y mujeres, así como al tener relaciones sexuales. En este último rubro no hubo dificultades para que los participantes manifestaran qué consideraban sexo, sin embargo, la sexualidad si fue difícil significarla con palabras en el instrumento, pues la gran mayoría contestó que se refería a relaciones sexuales únicamente.



Este es el resultado conseguido con una única aplicación de un taller referente a temas de sexualidad y autoestima, y podemos ver que si hubo logros significativos, principalmente en las áreas de conocimientos y autoestima, desafortunadamente las actitudes no se vieron tan favorecidas, lo cual es un indicador de que no es suficiente llevar información y trabajar en conjunto el aspecto psicológico individual de la autoestima, pues, aunque son sumamente importantes, no consiguen modificar las creencias, evaluaciones y conductas personales y sociales respecto a la sexualidad. La actitud es un entramado mucho más complejo y difícil de modificar, sin embargo, el esfuerzo de la realización de un taller como el que propongo, puede ser el primer empujón que lleve a la comunidad a cambios importantes para beneficios posteriores en el área de sexualidad.

## V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

La sexualidad es un aspecto de primer orden en nuestras vidas, entendiendo que este concepto no se reduce a genitalidad, sino que abarca el sexo, género, roles, erotismo y vínculos afectivos (de acuerdo a nuestra cultura), conductas (dependiendo la edad y etapas), cambios biológicos, sociales, etc.

Desafortunadamente la sexualidad está llena de mitos y formas de verla distintas, lo que implica una desventaja para el conocimiento y aceptación de la misma, pero de igual modo es un fenómeno que da diversidad e identidad a cada cultura. Esta dicotomía hace más compleja la tarea de llevar este tema a grupos con diferencias en su cultura, de manera objetiva y desmitificándola con el fin de que se haga uso de ella sin complejos, con conocimiento, tomando las precauciones necesarias para evitar riesgos o situaciones no deseables, es decir, que se ejerza de forma libre y responsable.

En esta investigación se trabajó con una comunidad mazahua, habitante del Distrito Federal. Esto debido a que en trabajos previos con estas personas se detectó la necesidad de trabajar el área de sexualidad, ya que existe una tasa alta de fecundidad, abortos e infecciones de transmisión sexual, principalmente en adolescentes, lo cual repercute en su progreso económico y social, pues se mantienen en condiciones de hacinamiento, marginación y pobreza, a pesar de la ayuda que las instituciones les brindan y sus propios esfuerzos en su trabajo cotidiano.

Aunque la comunidad mazahua habita en el Distrito Federal desde hace muchos años y se ha adaptado al ritmo de vida, a las costumbres y a muchos aspectos netamente ciudadanos, no debemos olvidar que ellos provienen de otro estado, con costumbres, tradiciones y creencias muy distintas a las de los que habitamos esta ciudad y que hemos nacido y crecido aquí durante los años recientes, por lo que existe un mezcla de ideas, formas de actuar, estilo de vida, etc., en los habitantes

de esta comunidad. Esto aunado a las condiciones de pobreza en la que han vivido desde su llegada a esta ciudad con el sueño de mejorar su forma de vida.

Por supuesto que muchos aspectos se ven involucrados, pero en esta investigación el objetivo es conocer su concepción acerca de la sexualidad, la actitud que tienen hacia esta y buscar modificaciones que traigan beneficios y/o progreso a la comunidad, pues corrigiendo este aspecto muchos otros conseguirán mejoras también.

Con este propósito se inició la indagación de las actitudes que las personas de la comunidad mazahua tienen acerca de la sexualidad y su comparación con las evaluaciones a ese tema después de que se impartió un curso de sexualidad y autoestima. También se buscó incrementar el nivel de conocimientos y la autoestima de los participantes.

Gracias a los instrumentos utilizados, así como a los análisis de frecuencias y la comparación a través de las pruebas Wilcoxon y Friedman se consiguió conocer estos datos encontrando que las actitudes se vieron poco factibles de modificarse, no así los conocimientos y autoestima, variables que también se tomaron en cuenta y son objeto de la investigación.

Es muy cierto que el área de actitudes no es fácilmente modificable tan solo con una aplicación de un taller, debido a que el acercamiento de la información y el trabajo en la autoestima no son tan influyentes en la actitud de un individuo, o un grupo; recordemos que las actitudes son las evaluaciones que una persona hace acerca de un objeto o situación debido a la experiencia previa con este, sus sentimientos y creencias, y pueden ser favorables o desfavorables. Este taller pudo haber dado un panorama distinto acerca de lo que es la sexualidad, sin embargo, difícilmente modificará este bagaje de experiencias y emociones que la gente trae consigo, y que además es muy amplio. Sin embargo, esto no es tan devastador, pues es solo una muestra de la identidad de la comunidad, aspecto

trascendental para la sobrevivencia de la cultura mazahua, sin embargo, algunos aspectos de estas actitudes no han traído beneficios suficientes pues son elementos que no han permitido el progreso económico, social e individual para la comunidad.

Es por esta razón que es necesario buscar otras alternativas para llegar a los objetivos planteados al inicio de esta investigación, como son el decremento de la tasa de fecundidad, prevención de infecciones de transmisión sexual, prevención de embarazos no deseados y tratamiento y seguimiento a las personas infectadas o con padecimientos de tipo sexual.

Cabe resaltar los logros que se obtuvieron, pues aunque poco se logró en el área de actitudes, la autoestima si se vio incrementada, así como los conocimientos acerca de la sexualidad, principalmente en las áreas de fisiología femenina y embarazo, las cuales resultan de mucho interés para las participantes. Este éxito, confirma que la información siempre es necesaria pero no solo esta conseguirá cambios reales en la forma de vida de la gente, afortunadamente al incluir un aspecto psicológico como la autoestima podemos pensar en que este influirá en su quehacer sexual a partir de este momento. Lo anterior solo podremos confirmarlo mediante la investigación, sin embargo, es posible hacer esta deducción.

También cabe recordar que los resultados que se han presentado son solo una muestra de las actitudes, conocimientos y autoestima de los participantes, reflejados en los instrumentos utilizados, sin embargo, existen otros elementos que dan pauta para creer que el trabajo que se realizó con ellos fue mucho más enriquecedor para ambas partes, comunidad y facilitadora, pues los comentarios que la gente hizo, las aportaciones y las expresiones de agradecimiento fueron sumamente impactantes. Entre estas destacan aquellas en que las participantes comentaron acerca de sus experiencias personales y sociales con una gran apertura y en búsqueda de respuestas objetivas y profesionales como son la

utilización de hierbas y remedios como anticonceptivos, las relaciones con sus parejas, en las que la violencia se presenta frecuentemente, la forma de acercarse a sus hijos y prevenirlos acerca de los riesgos que corren durante la adolescencia, la opciones con las que cuentan en caso de necesitar servicios específicos como son atención médica adecuada en urgencias, en personas con capacidades diferentes, alcoholismo, drogadicción, violación, etc., y la manera de tratar estos asuntos con sus hijos. Es de destacar que el grupo de personas mayores fue quien tuvo mayor participación en este sentido, muy probablemente porque han vivido ya situaciones de este tipo.

Los más jóvenes no tuvieron tanto que preguntar, ellos se enfocaban a problemas escolares, con su novio (a) y con sus padres (principalmente calificándolos de poco comprensivos y limitantes o regañones), del mismo modo pidieron que el curso se les diera a ellos para que los conocieran y comprendieran mejor y les tuvieran confianza al permitirles tomar decisiones, ser independientes y permitirles aprender de sus propios errores

Con esto se concluye que la sola aplicación de un taller de sexualidad con elementos de autoestima y formado con los elementos de un entrenamiento en habilidades sociales, no es suficiente para lograr un cambio de actitudes significativo, se requiere de apoyos constantes y seguimiento, pues al menos este grupo de personas está habida de conocer y de aprehender todo lo que sea en su beneficio, con lo cual pueden contagiar de este ánimo al resto de la comunidad; sin embargo, este tipo de esfuerzos logran dotar de elementos básicos en lo que a sexualidad se refiere, promueven un mayor apertura y cambios en la conducta sexual y elevan la autoestima.

## VI. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las principales limitaciones de este estudio fue conseguir la entrada a la comunidad, pues aunque ya se había trabajado previamente con ellos, ya han pasado algunos años de que esto sucedió, en esa ocasión el Instituto Nacional Indigenista era quien auspiciaba estos talleres por lo que se buscó el apoyo ahí (su nombre actual es Comisión Nacional Para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas), desafortunadamente no se logró el contacto con la persona encargada de las comunidades en el Distrito Federal.

Posteriormente se supo que el trato con el INI (ahora CDI) se perdió pues hubo incompatibilidad de intereses entre la institución y la comunidad, por lo que los mazahuas ya no aceptan ayuda de cualquier organismo, solo de aquellos con quienes actualmente tienen convenios.

Por esta razón se pidió el apoyo de la dirección de Atención a Pueblos Indígenas del Gobierno del Distrito Federal, en donde hubo mejor respuesta y se consiguió la entrada a la comunidad.

Este ingreso era importante realizarlo con el apoyo de una institución u organismo que tuviera ya un trabajo realizado con ellos, pues existe mucha desconfianza hacia la gente que no pertenece a su comunidad o que viene de instituciones que no los han apoyado como ellos quisieran, por lo que se sugiere que en investigaciones posteriores se indague cual es la forma más correcta de ingresar a una comunidad y que contactos pueden ser útiles para el trabajo con ellos.

Otra dificultad se debió a que la muestra fue muy pequeña, razón por la cual fue difícil encontrar resultados estadísticamente significativos, por lo que se sugiere que para posteriores estudios se cuide este aspecto y se cuente con una muestra representativa.

Cabe mencionar que algunos de los motivos por los que la muestra fue pequeña se debió a la falta de interés de los adolescentes de la comunidad que no hicieron el intento de acercarse a participar en al menos una sesión, otros que si asistieron, no estaban dispuestos a sujetarse a un horario establecido, al orden dentro de las sesiones y a la participación activa en algunas tareas del taller. Es por esto que se sugiere realizar un acercamiento previo a la comunidad y a las personas que se pretende participen de los talleres organizando pláticas informales acerca de los aspectos en los que están interesados y formar talleres o actividades encaminadas a estas peticiones, para ganar su confianza y se sientan motivados a participar.

También es importante resaltar que las madres de los adolescentes fueron fundamentales para la participación de los hijos, pues ellas promovieron su participación mediante pláticas en casa, pues les mencionaban que estaba bien que asistieran pues les iba a servir para su vida, además de que así ya no sería necesario que les preguntaran a ellas acerca de estos temas, pues para estas mujeres es muy difícil hablar de sexualidad, pues no conocen lo suficiente y tienen pena con sus hijos hablar de estas cuestiones. Ellas también asistieron al taller, pues están muy interesadas en conocer de manera veraz el tema, prepararse para contestar las dudas de sus hijos desde pequeños y guiarlos adecuadamente, así como mejorar su vida sexual, por lo que se sugiere se prepare un taller para estas personas, en el que se aborden temas de interés para ellas, pues con esto se pueden conseguir grandes éxitos para la comunidad.

También se sugiere que se haga una elección más precisa de los instrumentos que se van a aplicar pues los de esta investigación tuvieron algunas carencias, a pesar de ser de uso común en instituciones especializadas en la sexualidad.

## BIBLIOGRAFÍA.

- \* Aguilar, J.A., Botello, L.A., Aumak, K (1998) Hablemos de la Autoconciencia de la salud sexual y reproductiva (manual para instructores que trabajan con adolescentes) MEXFAM. México.
- \* Almaraz, L., Bonilla, M. (1991) Programa de educación de la Sexualidad dirigido a padres de familia que tengan hijos adolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- \* Álvarez, I., (1995) Influencia de la relación padres-hijos en la actitud hacia la sexualidad de los hijos adolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- \* Amuchástegui, A. (1998) Investigación sobre las sexualidades en México, artículo: Saber o no saber sobre sexo: los dilemas de la actividad sexual femenina para jóvenes mexicanos, Compilación de Lerner S., Szasz I, Colegio de México, México.
- \* Craig, G.J., (1997) Desarrollo Psicológico. Prentice Hall. México.
- \* CREFAL. Centro de cooperación regional para la educación de adultos en América Latina y el Caribe (2000). Libros para papá y mamá. La sexualidad de nuestros hijos. Comisión Nacional de los libros de Texto Gratuitos. Editorial Ultra México.
- \* Del Prette, A. Y Del Prette, Z. A. P. (2002) Psicología de las habilidades sociales. Editorial El Manual Moderno. México.
- \* Díaz, L. (1999) Antología Psicosocial de la pareja. AMEPSO. México.
- \* Fernández, H.P., Salas, V.G. (2001) Comportamiento reproductivo de la población indígena. Consejo Nacional de Población. México.
- \* Ferran, A., Magdalena (2001) SPSS para Windows. Análisis estadístico. Mc Graw Hill. España.
- \* Gil, S.J. (1997) Habilidades Sociales. Trillas. México.
- \* Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Desarrollo Social (1999) La prevención del embarazo entre las y los jóvenes de la Ciudad de México. Por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. México.
- \* Hernández, R. , et. al. (1999), Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. México



\* López S. F. (1995) Educación Sexual de adolescentes y jóvenes. S. XXI de España Editores S. A. Madrid.

\* Martínez, J. (1995) Influencia de la autoestima y asertividad en un programa de educación sexual en la actitud hacia la sexualidad y los métodos anticonceptivos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

\* Morales, J.F., et. Al. (1999) Psicología Social. Mc Graw Hill. Madrid.

\* Moreno, S. (1997) Escala ICA-Aut 1997. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México

\* Myers. (2000) Psicología Social. Mc Graw Hill. Colombia.

\* Nájera, R., Rodríguez, R. (1991) Influencia de la calidad de relación padres-hijos en el aumento de adolescentes que tienen relaciones sexuales y en las actitudes que presentan hacia ellas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

\* Pick, S., et al. (1995) Planeando tu vida. Edit. Trillas. México.

\* Rubio, E. (1998) Antología de la Sexualidad Humana vol. I Introducción al estudio de la Sexualidad Humana. Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa. México.

\* Solís A. (1991) Género, comportamiento de las mujeres en las relaciones sexuales y autoconcepto. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM: México.

#### *En Internet:*

[www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx) Sistema de Indicadores para el seguimiento de la Situación de la Mujer en México (SISESIM).

[www.psicoactiva.com](http://www.psicoactiva.com)

[www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx)

[www.ini.gob.mx](http://www.ini.gob.mx)

[www.gob.mx](http://www.gob.mx)

[www.cipaj.org](http://www.cipaj.org)

[www.binasss.sa.cr/población/autoestima.htm](http://www.binasss.sa.cr/población/autoestima.htm)

[www.letraese.org.mx](http://www.letraese.org.mx)

# **ANEXOS**

## Escala ICA-AUT 1997

Las opciones de respuesta son:

1= En desacuerdo

2= Indeciso

3= De acuerdo

1. Siento que soy un fracaso ( )
2. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí. ( )
3. Se me hace muy difícil hablar en público. ( )
4. Las cosas son un desastre en mi vida ( )
5. Me enoja fácilmente en mi casa. ( )
6. He querido abandonar mi casa ( )
7. Siento que no tengo mucho de qué estar orgulloso ( )
8. Tengo baja opinión de mí mismo ( )
9. Me lleva mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cambio ( )
10. Me siento mal en la escuela / trabajo ( )
11. Tomo una actitud positiva hacia mí mismo ( )
12. La mayoría de las personas son mejores que yo ( )
13. Me siento mal por las cosas que hago ( )
14. Mi familia me comprende ( )
15. Me siento inútil. ( )
16. Desearía ser otra persona ( )
17. Siento que mi familia me presiona. ( )
18. Pienso que no soy bueno(a) ( )
19. Se me hace difícil aceptarme a mí mismo ( )
20. Mi vida es muy complicada ( )

## Cuestionario de información sexual

(Almaraz L., Bonilla L., 1991)

### **Instrucciones.**

*Antes de contestar, lea las instrucciones de cada pregunta. Encontrará preguntas abiertas, de opción múltiple.*

*Utilice pluma y hágalo en forma individual.*

*Conteste las siguientes preguntas abiertas.*

Nombre completo:

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

**1. ¿Qué entiende por sexo?**

**2. ¿Qué entiende por sexualidad?**

**3. Mencione tres cambios corporales que se presentan en el hombre y tres cambios corporales que se presentan en la mujer, en la etapa de la adolescencia.**

**4. Las funciones del pene son:**

- a) Producir espermatozoides.
- b) Regular la temperatura de los testículos.
- c) Producir líquido seminal.
- d) Eyacular y servir de paso a la orina.
- e) No sé.

**5. La función de los testículos es:**

- a) Eyacular.
- b) Producir espermatozoides.
- c) Producir hemorragia.
- d) Controlar el impulso sexual.
- e) No sé.

**6. La función de la uretra es:**

- a) Eyacular.
- b) Producir semen.
- c) Producir calor a los espermatozoides.
- d) Producir líquido seminal.
- e) No sé.

**7. La función de la trompa de Falopio es:**

- a) Liberar ovarios.
- b) Servir de conducto a los óvulos maduros.
- c) Servir de paso al flujo menstrual.
- d) Servir de paso a la orina.
- e) No sé.

**8. El útero es un órgano que tiene como función:**

- a) Regular la temperatura del cuerpo de la mujer.
- b) Proporcionar alimento al feto.
- c) Estimular el deseo sexual.
- d) Implantar el óvulo fecundado en sus paredes.
- e) No sé.

**9. Es un órgano que produce óvulos.**

- a) Cuerpo lúteo.
- b) Ovarios.
- c) Trompas de Falopio.
- d) Clítoris.
- e) No sé.

**10. Una de las funciones de la vagina es:**

- a) Sirve para que el óvulo fecundado se fije en sus paredes.
- b) Sirve para orinar y defecar.
- c) Sirve de paso al feto en el nacimiento y el flujo menstrual.
- d) Sirve para producir hormonas.
- e) No sé.

**11. Son hormonas sexuales femeninas:**

- a) Testosterona e hipófisis.
- b) Tiroides y corticoides.
- c) Estrógenos y progesterona.
- d) Hipófisis y pituitaria.
- e) No sé.

**12. Es una hormona sexual masculina:**

- a) Vasopresina.
- b) Oxitocina.

- c) Testosterona.
- d) Luteinizante.
- e) No sé.

**13. La menstruación y la ovulación son fases de:**

- a) El periodo menstrual.
- b) El periodo de gestación.
- c) El periodo de lactancia
- d) El periodo puerperal.
- e) No sé.

**14. Es la unión de la vagina de la mujer con el pene del hombre:**

- a) Eyaculación.
- b) Erección.
- c) Enuresis.
- d) Coito.
- e) No sé.

**15. Es la manipulación placentera de los órganos genitales hasta llegar al orgasmo.**

- a) Coito.
- b) Masturbación.
- c) Heterosexualidad.
- d) Homosexualidad.
- e) No sé.

**16. La manera adecuada de lavarse los genitales femeninos es:**

- a) Lavarse con agua y cloro.
- b) Lavarse el pubis con agua tibia.
- c) Lavarse los labios mayores y menores, la entrada y el interior de la vagina diariamente.
- d) Desinfectarse con alcohol.
- e) No sé.

**17. La manera adecuada de lavarse el pene es:**

- a) Lavarse los testículos con agua fría.
- b) Orinando.
- c) Retirando el prepucio para atrás y lavar el pene y los testículos diariamente.
- d) Restregándose el pene y los testículos con cepillo.
- e) No sé.

**18. Se usa para evitar el embarazo:**

- a) Vitaminas.
- b) Anticonceptivos.
- c) Penicilina.
- d) Antibióticos.

e) No sé.

**19. ¿Cuáles de los siguientes anticonceptivos son utilizados por la mujer?**

a) Condón.

b) Dispositivo Intrauterino.

c) Pastillas.

d) Vasectomía.

e) Ligadura de trompas o Salpingoclasia.

f) Método del ritmo.

**20. ¿Cuál de los siguientes anticonceptivos son utilizados por el hombre?**

a) Pastillas.

b) Ligadura de trompas o Salpingoclasia.

c) Condón.

d) Vasectomía.

e) Ducha Vaginal.

f) Interrupción del coito.

**21. Es un procedimiento quirúrgico efectuado en la mujer para evitar que el óvulo sea fecundado por los espermatozoides y no se dé un embarazo:**

a) Vasectomía.

b) Ligadura de trompas o Salpingoclasia.

c) Histerectomía.

d) Uretritis.

e) No sé.

**22. Es un procedimiento quirúrgico efectuado en el hombre para evitar el paso de los espermatozoides y así no fecunden al óvulo:**

a) Felación.

b) Vasectomía.

c) Masturbación.

d) Prostatactomía.

e) No sé.

*De las siguientes afirmaciones escribe una V si es verdadera y una F si es falsa.*

- ✔ La homosexualidad se da en hombres y mujeres.
- ✔ La homosexualidad puede deberse a factores culturales.
- ✔ La homosexualidad es una enfermedad mental.
- ✔ Durante el embarazo la mujer tiende a subir aprox. 10 kg.
- ✔ Cuando el óvulo es fecundado se implanta en el útero.
- ✔ La expulsión de la placenta ocurre después del parto.
- ✔ La cesárea es utilizada en ocasiones cuando la mujer es muy estrecha de cadera.
- ✔ Durante el embarazo normal, la mujer no debe hacer ningún tipo de ejercicio.
- ✔ La dilatación del cuello del útero, la expulsión o nacimiento y el alumbramiento o expulsión de la placenta son fases del parto.
- ✔ La circuncisión se recomienda como medida de higiene.
- ✔ Es necesario acudir al médico, por lo menos una vez al año para la revisión de los genitales.



**Cuestionario de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar**  
(Selección de reactivos)

La finalidad de este cuestionario es conocer su opinión sobre algunos temas. Es muy importante que conteste con sinceridad.

Fecha: día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ 1) Edad: \_\_\_\_\_ años

**Encierra en un círculo el número que corresponda a tu respuesta.**

2) Sexo: Hombre 1      Mujer 2

3) Estado civil: Soltero 1      Casado 2      Otro 3

4) Grado escolar: Sin Instrucción 1      Primaria 2      Secundaria 3  
Bachillerato 4

**Elige la frase que describa mejor tu forma de pensar.**

1. Descubrir y conocer mi cuerpo me produce:

-- vergüenza y culpabilidad por tocar partes prohibidas

-- molestia y pena porque no soy como me gustaría ser

-- tranquilidad porque identifico mi cuerpo y me acepto como soy

2. Cuando una persona del sexo opuesto mira mi cuerpo pienso:

--que mi cuerpo es agradable y le gusta tanto como a mí mismo

--que a pesar de no tener el mejor cuerpo llama la atención

--que no les gusto y me van a despreciar porque mi cuerpo no es como les gustaría

3. Alguna vez has observado tu cuerpo desnudo en un espejo

Si 1      No 2

**Si contestaste SI**

4. ¿Qué fue lo que observaste?:

**Si contestaste NO**

5 ¿Por qué no?

6. En la medida que uno conoce los sistemas sexuales y sus funciones

--puede disfrutar más la vida      si 1      no 2

--se asusta por los peligros que existen de enfermarse o embarazarse      si 1      no 2

--se hace responsable de cuidar su cuerpo      si 1      no 2

--puede decidir apreciar las ventajas y desventajas de tener relaciones sexuales

si 1      no 2

7. Desde tu punto de vista las siguientes, son formas como los jóvenes pueden expresar su sexualidad:

- Tener relaciones sexuales si 1 no 2
- Abstenerse (no tener relaciones) si 1 no 2
- Masturbación si 1 no 2
- Acariciarse (fajarse) si 1 no 2

8. Pensando en ti, cuáles son las expresiones de la sexualidad que consideras adecuadas:

- Tener relaciones sexuales si 1 no 2
- Abstenerse (no tener relaciones) si 1 no 2
- Masturbación si 1 no 2
- Acariciarse (fajarse) si 1 no 2

9. ¿Por qué?

**Encierra en un círculo que tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes afirmaciones:**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
1) Es recomendable que tanto hombres como mujeres platicuen de lo que sienten cuando su cuerpo va cambiando.	1	2	3	4	5
2) Para que a uno le guste su cuerpo debe de parecerse a los que aparecen en la TV	1	2	3	4	5
3) Es más aceptable que un hombre se toque y conozca su cuerpo que una mujer el suyo	1	2	3	4	5
4) Es recomendable que una mujer revise sus secreciones cervicales	1	2	3	4	5

5) Un hombre debe preocuparse por conocer el funcionamiento del sistema sexual de la mujer	1	2	3	4	5
6) Para prevenir enfermedades no es necesario conocer y cuidar los órganos genitales	1	2	3	4	5

Encierra en un círculo qué tanto has conversado con las personas que se señalan de los siguientes temas:

TEMA	PADRES	MAESTROS	AMIGOS	PAREJA	PERSONAL MÉDICO
Relaciones Sexuales	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho
Cuándo tener El primer hijo	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho
Anticoncepción	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho
Enfermedades de Transmisión sexual	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho
Higiene de genitales	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho
Homosexualidad	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho
Masturbación	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho
Tus sentimientos	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho
Abuso sexual	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho
Observación de Los genitales	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho	Nada Poco Mucho

10. Tener relaciones sexuales en este momento de tu vida tiene las siguientes

VENTAJAS	DESVENTAJAS

Indica qué tan cómodo te sientes sobre lo siguiente:

	NADA CÓMODO	REGULAR	MUY CÓMODO
1) Con mi cuerpo físico me siento	1	2	3
2) Cuando veo mi cuerpo en un espejo me siento	1	2	3
3) Platicar sobre mis deseos de tener relaciones sexuales, me hace sentir	1	2	3
4) Protegerme de una enfermedad de transmisión sexual me hace sentir	1	2	3
5) Revisarme mis genitales me hace sentir	1	2	3
6) Si noto alguna alteración en mis genitales, ir con un médico para que me revise me hace sentir	1	2	3
7) Hablar con mi pareja sobre usar un método anticonceptivo me hace sentir	1	2	3
8) Adquirir un método anticonceptivo me hace sentir	1	2	3

11. Tener un hijo en este momento de tu vida tiene las siguientes:

VENTAJAS	DESVENTAJAS

13. ¿En los últimos seis meses has acudido con algún profesional de la salud por algo relacionado con tu sexualidad o por la posibilidad de un embarazo?
14. ¿En los últimos seis meses has tenido relaciones sexuales?
15. La primera vez que tuviste relaciones sexuales ¿utilizaste algún método anticonceptivo?
16. en los últimos tres meses ¿has utilizado algún método anticonceptivo?
17. ¿Cuál método utilizaste?

***GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN***



Taller de  
*Autoestima y*  
*Sexualidad*

***Importancia del conocimiento de la sexualidad.***

- a) Nuestro cuerpo
- b) ¿Qué es la sexualidad?
- c) Importancia del conocimiento de la sexualidad

**Objetivo general:** Que los participantes comiencen a tener contacto con los elementos que nos ayudarán a la realización del taller, como son la apertura a hablar sin temor o desconfianza, el reconocimiento de su cuerpo y la reflexión dirigida al tema. De igual modo que se interesen en aprender y llevar el conocimiento a su vida cotidiana basándolo en la experiencia propia (vivencial).

**Objetivo específico:**

\*\*\* Observar y atender a las partes que integran el cuerpo dándole el reconocimiento necesario por su funcionamiento.

\*\*\* Reflexionar acerca de todos los elementos que forman a la sexualidad, desmitificándola, y aclarando sus verdaderos componentes.

\*\*\* Aclarar los beneficios que lleva el conocimiento en general e integrar el aprendizaje de la sexualidad en la vida cotidiana

\*\*\* Formar un ambiente de confianza y motivar a la participación de los integrantes.

## Procedimiento:

--Bienvenida al taller

- *Técnica:* Presentación y conocimiento 10 min.

Cada participante dirá su nombre y mencionará una actividad que le guste realizar ( por ejemplo; “me llamo Olivia y me gusta bailar”) y hará los movimientos correspondientes a esta actividad. El siguiente participante recordará el nombre de su compañero anterior, la actividad que realizó y mencionará su propio nombre y una actividad diferente y así progresivamente hasta finalizar con todos los participantes

--Dinámicas de introducción al taller.

--Nos presentamos con nuestro cuerpo.

- *Técnica:* Presentación y conocimiento 10 min.

Por parejas vamos a presentar nuestro cuerpo, recordando todas las partes que lo componen y alguna característica positiva de esta, así como la importancia de cuidar esta parte de nuestro cuerpo (ej. yo soy... y estos son mis pies, con ellos puedo caminar y conocer muchas partes, además, sostienen todo mi cuerpo por eso es importante que los cuide usando zapatos cómodos...).

--¿Qué es la sexualidad?

- *Técnica:* lluvia de ideas 25 min.

Platicaremos acerca de lo que los participantes consideren que es la sexualidad, se anotarán en el pizarrón sus ideas y se agregarán las que hagan falta; es necesario recalcar que la sexualidad no solo está compuesta por el acto coital, sino que incluye más aspectos de la vida cotidiana, por ejemplo, las diferencias físicas, de roles de género, entre hombres y mujeres, el afecto a sí mismo, a su cuerpo y su forma de actuar, etc.



--Importancia del conocimiento de la sexualidad.

➤ *Técnica:* Lluvia de ideas. 30 min.

Se discutirá el porqué es importante conocer temas relacionados con la sexualidad, se anotarán en el pizarrón todas sus ideas, se agregarán las que se considere que faltan, es importante recalcar que el conocimiento por sí solo no basta, se requiere de un involucramiento y de un compromiso para asumir las responsabilidades que el saber acerca de este tema o de cualquier otro implica, esto quiere decir, que es importante que los participantes se sientan comprometidos a llevar a su vida cotidiana los conocimientos que se les brinden y a ponerlos en práctica cuando la ocasión lo amerite, así como a brindar desinteresadamente este conocimiento cuando alguien más lo necesite.

También es importante mencionar que el conocer más sobre sexualidad nos sirve a todos para comprender, conservar y mejorar nuestra salud sexual y reproductiva, es decir, aprender más sobre nuestro cuerpo, saber qué es normal, estar atento ante posibles alteraciones, comunicarnos más con personas experimentadas y preparadas en el tema y saber cuándo se debe hacer una visita al médico al notar algo raro en el organismo, así como para saber acerca de la sexualidad masculina y femenina, la fertilidad, la planeación familiar y el embarazo; del mismo modo permite tomar decisiones en cuanto a la sexualidad e internalizar valores de autocuidado, respeto, y reconocimiento del cuerpo.

--Cierre de la sesión.

➤ *Técnica:* Abrazos musicales

Una música suena a la vez que los participantes danzan por la habitación, cuando la música se detiene cada persona abraza a la otra, la persona que quede sin pareja comentará al resto del grupo qué fue lo que más le gustó de la sesión de hoy o de qué se acuerda más, al terminar, se reanuda la música y se sigue con el mismo procedimiento, es necesario cambiar de pareja.

- Comentarios y dudas, pueden ser escritas.
- Tarea para casa: Observar su cuerpo frente a un espejo

**Materiales:** Rotafolio  
Marcadores  
Tarjetas blancas.  
Bolígrafos.  
Hojas blancas  
Aparato de música  
Música para bailar

**Duración:** 1 hora cuarenta minutos, más veinte minutos de comentarios y dudas.

## Segundo Tema.

# La comunicación para el conocimiento

a) Para qué sirve comunicarnos

b) Con quién podemos comunicarnos para resolver dudas acerca de la sexualidad

**Objetivo general:** Que los participantes reconozcan la importancia de la comunicación para evitar caer en la ignorancia y existan consecuencias negativas

### **Objetivo específico:**

\*\*\* Reflexión acerca de la importancia de la comunicación en nuestra sociedad.

\*\*\* Reconocimiento de las personas que pueden brindarnos ayuda eficaz para resolver dudas respecto a la sexualidad

### **Procedimiento:**

-- Nos volvemos a encontrar **10 min.**

➤ *Técnica:* Dinámica rompe-hielo " El nudo"

Los participantes forman un círculo tomados de las manos. Algunos salen del grupo y permanecen unos minutos aparte, donde no se pueda observar al resto de los participantes. Mientras el grupo, sin soltarse de las manos, va entrelazándose lentamente hasta formar un nudo complicado. Una vez terminado el nudo, las personas que permanecieron fuera pueden regresar con la consigna de deshacer el nudo sin que los participantes se suelten, hasta formar nuevamente un círculo como al inicio.

-- Revisión de la actividad en casa **15 min.**

Tomar en cuenta las siguientes preguntas:

¿Quiénes hicieron la actividad en casa?

¿Fue difícil o fácil mirarse al espejo? ¿Por qué?

¿Qué reflexiones tienen sobre el ejercicio?

-- Para qué sirve comunicarnos

➤ *Técnica:* Lluvia de ideas y expositiva **20 min.**

Se inicia el tema con una lluvia de ideas sobre las distintas formas en que nos comunicamos, palabras, canciones, gestos caricias, etc. Es importante recalcar que cada una de estas formas de expresión satisface una necesidad distinta, ya sea de cercanía, apoyo, información, etc.

Al final se explica qué es la comunicación oral y escrita ejemplificando los distintos tipos de comunicación (corporal, verbal, escrita, etc.).

➤ *Técnica:* La carta. **40 min.**

Se les repartirá una tarjeta a cada participante y se le invitará a que escriba a alguna persona de su confianza, acerca de sus dudas que tienen en ese momento respecto a la sexualidad. Se sugerirá un ejemplo: *“Tía Luz: Te quiero contar de algo que me pasó hace unos días. Estaba en la casa de una de mis mejores amigas y comencé a sentirme húmeda, como si me hubiera hecho pipí, por lo que pasé al baño y me di cuenta que mi calzón estaba manchado de sangre, me asusté mucho, pues no me había cortado ni golpeado con nada, me limpie y me fui a mi casa, llegando allá me di cuenta que continuaba saliendo sangre de mi y pedí ayuda a mi mamá, pero ella solo me dijo que me pusiera algodón y que cada vez que estuviera manchado lo cambiara. Tía, dime que me pasa, ¿puedes ayudarme?. Berta”.* Al finalizar se pedirán voluntarios para que lean su tarjeta y se pedirá la opinión de los participantes. Es muy importante recalcar la importancia de comunicar todo aquello que resulte digno de duda entre los

adolescentes, así como identificar a las personas que pueden orientar a los jóvenes, como padres, maestros, médicos, etc., además de invitarlos a que pregunten hasta que estén plenamente convencidos de las respuestas a sus inquietudes.

-- Cierre de la sesión:

➤ *Técnica:* **10 min.**

Los participantes se sentarán en círculo, se dispondrá de una pañoleta o pelota pequeña, la cual irán pasando de mano en mano por cada uno de los participantes, al mismo tiempo que suena una música, al parar esa música, la persona que se haya quedado con el objeto se pondrá de pie y dirá al resto del grupo lo que le pareció más importante o lo que le gustó más de la sesión y continuará el juego.

-- Comentarios y dudas, pueden ser escritas.

-- Tarea para casa: Se propondrá la entrega de la carta a la persona que se la escribieron, o buscar en qué lugares les pueden dar folletos explicativos sobre alguna cuestión de sexualidad y que los lleven la siguiente sesión.

**Materiales:** Rotafolio  
Marcadores  
Hojas blancas.  
Bolígrafos.  
Aparato de música  
Música para bailar  
Pelota o pañoleta pequeña.

**Duración:** 1 hora treinta y cinco minutos, más veinticinco minutos de comentarios y dudas.

Tercer tema  
**Autoestima.**

- a) Lo que más me gusta de mi cuerpo
- b) Qué hacer para cuidar mi cuerpo
- c) Cómo es mi cuerpo ahora
- d) Metas a futuro

**Objetivo general:** Que los participantes den la importancia necesaria al reconocimiento, cuidado y disfrute de su cuerpo.

**Objetivo específico:**

\*\*\* Que se le de un afecto positivo a cada parte del cuerpo y que las partes que no sean tan estimadas recobren un valor objetivo por su funcionalidad.

\*\*\* Conocer las alternativas para el mantenimiento del buen estado del cuerpo.

\*\*\* Reconocer que la salud no solo es la ausencia de enfermedad, sino el mantener un equilibrio físico y mental de nuestro cuerpo y el disfrutar del mismo.

\*\*\* Desmitificar los cambios en la adolescencia gracias al conocimiento de estos en nuestro cuerpo, poniendo énfasis en los que se refieren a esta etapa.

\*\*\* Reflexionar acerca de los deseos que se tienen acerca del futuro y tener una visión de hacia dónde se pretende ir.

**Procedimiento:**

-- Nos volvemos a encontrar **10 min.**

➤ *Técnica:* Dinámica rompe-hielo y de presentación “el tren de los nombres”

El grupo se coloca en círculo. Un participante hace de locomotora traqueteando y resoplando por el círculo, hasta parar delante de una persona diciendo su nombre en voz alta, esta persona se engancha a la locomotora y

ambos continúan dando la vuelta hasta detenerse delante de otra persona y mencionando su nombre, este se engancha al tren y así sucesivamente hasta que el tren compuesto por todos de vueltas por la sala.

--Lo que más me gusta de mi cuerpo.

➤ *Técnica:* Dibujo del cuerpo **15 min.**

Se repartirán hojas blancas y plumones a todos los participantes y se les pedirá que se dibujen a ellos mismos de cuerpo completo y que al dibujarse piensen en la/s parte/s de su cuerpo que más les guste y por qué. Se les mencionará que el dibujo que realicen es exclusivamente de ellos y que no es necesario que lo muestren a los demás, solo si así lo desean, y que lo importante es la reflexión que hagan. Al terminar se les pedirá que se reúnan en equipos de tres o cuatro personas y compartan sus reflexiones y pongan atención a los demás.

--Que hacer para cuidar mi cuerpo.

➤ *Técnica:* Reflexión y conversación **15 min.**

Se le pedirá al grupo que regrese a su dibujo inicial y que identifiquen en él las partes en las que tienen alguna afección y que las marquen, posteriormente que se reúnan nuevamente en sus equipos y que comenten sus malestares y expliquen qué han hecho para remediarlos y qué les ha faltado por hacer, también se les pedirá que animen a sus compañeros a buscar alternativas para solucionarlos, y que se abstengan de aconsejar remedios.

➤ *Técnica:* Lluvia de ideas 25 min.

En equipos se anotarán todas las ideas que tengan para el cuidado del cuerpo, pasado el tiempo establecido se pedirá que compartan todas sus ideas mientras se anotan en el pizarrón, al final se apuntarán las que hagan falta. Entre las opciones del cuidado del cuerpo se encuentran las del *anexo*.

--Cómo es mi cuerpo ahora

➤ *Técnica:* Reflexión e información 30 min.

Se regresará al dibujo inicial y se les pedirá a los participantes que se fijen en las partes de su cuerpo que han cambiado, es decir que no son iguales a las de un niño/a, que las anoten y piensen qué significa este cambio para ellos, cuando lo hayan reflexionado se les invitará a que expongan sus pensamientos, lo cual solo será para quienes así lo deseen. Finalmente se presentará la lista de cambios durante la adolescencia, puntualizando que este proceso dura varios años y depende de la herencia, el clima y la alimentación, además los cambios físicos se relacionan directamente con los emocionales como los cambios de humor, el enojo, la tristeza, etc., de igual modo estos cambios son experimentados de forma diferente por cada joven dependiendo de su experiencia de vida, influencia familiar y social y que es en esta etapa cuando en los jóvenes aumenta el interés en expresar la sexualidad por medio de tocamientos, besos, etc y que con el inicio de la menstruación y la eyaculación los jóvenes están en posibilidad de tener hijos.

-- Comentarios y dudas, pueden ser escritas.

-- Tarea para casa:

En esta ocasión se pedirá que durante la semana piensen en su futuro, es decir, qué les gustaría ser qué les gustaría tener, cómo será su vida en algunos años, cómo se imaginan ellos mismos en diez años y que lo dibujen, ya que se compartirá la siguiente semana

**Materiales:** pliegos de papel bond

Tarjetas blancas.

Bolígrafos.

Hojas blancas

Plumones

**Duración:** 1 hora y treinta y cinco minutos , más veinticinco minutos de comentarios y dudas.



Cuarto tema  
***Anatomía y fisiología Reproductiva.***

- a) Aparato Reproductor femenino
- b) Aparato Reproductor Masculino.
- c) Ciclo Menstrual

### **Objetivos:**

\*Conocer y ubicar gráficamente los órganos reproductores masculinos y femeninos.

\* Conocer las fases del ciclo menstrual de la mujer

### **Procedimiento:**

-- Apertura de la sesión.

➤ *Técnica:* Dinámica de conocimiento "La cancha de los gustos" **10 min.**

Todos parados en una línea como si fueran la red de una imaginaria cancha de tenis, el/a coordinador/a se pone de cara a los participantes en la misma línea y empieza a mencionar frases con dos opciones, señalando con sus manos un campo para una opción y otro para la otra opción. Todos se colocan en el campo de su preferencia. No hay discusión y después de unos segundos todos se colocan nuevamente en la red para esperar otras opciones. Se enfatiza que la elección debe ser individual y no se vale criticar el gusto de otra gente, ni tratar de persuadir a alguien de cambiar de campo, lo que si es que deben fijarse quienes tienen sus mismos gustos.

--Metas a futuro (continuación) (tarea para casa). 5 min.

Se les pedirán los dibujos que realizaron acerca de sus metas a futuro y los colocarán en un lugar visible del salón para que cada vez que ingresen vean los dibujos que hicieron y los de sus compañeros y se les informará que durante el transcurso del taller deberán reflexionar sobre quienes desean ser en su etapa adulta y las metas que les gustaría conseguir.

## -- Órganos reproductores

- *Técnica:* Dibujo. **15Min.**

Los participantes se dividirán en dos equipos, uno de ellos dibujará una mujer totalmente desnuda, el otro hará un hombre, tales dibujos deben incluir los órganos genitales; estos dibujos se realizarán en equipos ya que se realizarán en pliegos de papel bond. Al finalizar cada equipo nombrará un representante que explicará su dibujo y las partes que lo componen. Se utilizará el material del **anexo**. Los participantes deberán escoger las tarjetas que crean corresponden a los nombres correctos de los genitales y las pegarán a su dibujo

- *Técnica:* Lúdica-expositiva 30 min.

Se les pedirá a los participantes que armen los rompecabezas que se les proporcionarán, los cuales corresponden a los órganos reproductores masculino y femenino. También se les asignarán los nombres que están en las tarjetas y se dará una breve explicación acerca de la función de estos

## --Ciclo menstrual

- *Técnica:* Expositiva **30 min**

Con la ayuda de los calendarios y de material previamente elaborado se explicará las fases del ciclo menstrual regular de 28 días, haciendo énfasis en las etapas de sangrado, preovulatorias, ovulatorias y postovulatorias, así como los cuidados que se deben tener en estas etapas para mantener la higiene corporal y evitar infecciones

## --Cierre.

- *Técnica:* Técnica de distensión "Splash" **10 min.**

Se realiza en un espacio reducido para favorecer los cambios y el contacto físico. El objetivo no es correr mucho sino cohesionar con el grupo, tener contacto físico y quitar prejuicios. El/la coordinador/a trata de pasar la roña tocando a alguien. Si

lo consigue esta será la nueva persona con la roña, para evitarlo, cualquier persona, en el momento que lo desee se puede parar y juntar las manos dando una palmada, con los brazos estirados al tiempo que grita "Splash". A partir de ese momento la persona queda inmóvil en la misma posición. Para reanimar a los que están inmóviles alguien tiene que entrar dentro del hueco que forman con sus brazos y darle un beso. Mientras se está dentro de los brazos sin darle beso los dos están en zona libre sin que puedan pasarles la roña.

-- Comentarios y dudas, pueden ser escritas.

**Materiales:** pliegos de papel bond  
crayones de cera  
Tarjetas blancas.  
Bolígrafos.  
Material Anexo  
Rompecabezas de los órganos reproductores masculino y femenino  
Calendarios mensuales

**Duración:** 1 hora y cuarenta minutos, más veinte minutos de comentarios y dudas.

## Quinto Tema.

# Embarazo

- a) Fases (Fecundación, gestación, parto, posparto).
- b) Consecuencias en la adolescencia (Físicos madre-producto, económicos, sociales y personales).

**Objetivo general:** Que los participantes conozcan el proceso de embarazo, los riesgos al llevarse a cabo a edad temprana y expresen sus dudas con respecto a este tema.

### **Objetivo específico:**

\*\*\* Que los participantes reconozcan cada fase del embarazo, los riesgos que puede haber y la prevención de los mismos de manera breve pero completa.

\*\*\*Que los participantes expresen sus experiencias y sus dudas respecto al tema en un ambiente de confianza y calidez

\*\*\* Que reflexionen acerca de las consecuencias que tiene el embarazarse durante la adolescencia, para ellos mismos y su pequeño, incluyendo al máximo todos los aspectos.

\*\*\* Que le den un valor especial al tener un hijo y piensen en los aspectos positivos que trae consigo

\*\*\* Que tomen conciencia del balance que deben hacer a la hora de tener relaciones sexuales no protegidas, por las consecuencias que esta conducta puede traer.

## Procedimiento:

-- Fecundación:

- *Técnica:* Expositiva- dibujo "La historia de la fecundación" **30 min.**

Se invitará a todos los participantes a trabajar en conjunto durante esta sesión, pues se comenzará a platicar el tema de la fecundación y la consigna consiste en que, después de dar una explicación que ellos consideren importante, dibujen esta explicación, posteriormente se colocarán los dibujos en la pared para que al final puedan recordar el tema con mayor claridad, sin olvidar que durante la sesión pueden hacer cualquier pregunta.

Se explicará el proceso de la fecundación tomando en cuenta los aspectos de pareja desde la atracción, la relación y el coito, así como los elementos celulares participantes como la liberación de espermatozoides dentro del útero, la penetración de uno de estos y la división celular que forma el cigoto.

-- Embarazo:

- *Técnica:* Modelado en plastilina **30 min.**

Se les pedirá a los participantes que en equipos de dos o tres personas elaboren un modelo de un producto, iniciando desde que es embrión, feto y bebé a término, tomando en cuenta las características de cada etapa como son tamaño y miembros formados se detallarán los aciertos y errores de estos modelos de acuerdo al tiempo de gestación.

--¿Cuándo debo embarazarme?

- *Técnica:* Lista de necesidades 30 min.

Realizaremos una lista de todo lo necesario para la llegada de un bebé, detallando los costos económicos, afectivos y de tiempo que se requiera para el cuidado de una madre y su bebé, para lo cual se utilizarán precios que estén vigentes al momento de la exposición de este tema, en el *anexo* se detallan los elementos que se incorporarán a la lista que se realizará en el pizarrón, también se detallaran las cosas que a juicio de los participantes necesitan ellos como jóvenes y se

reflexionará acerca de los medios que se deben utilizar para conseguir lo necesario para satisfacer todas estas necesidades

-- Cierre: 10 min.

Se comentará lo que los participantes pensaron acerca de tomar la decisión de tener un hijo, si con lo que se ha visto se dieron cuenta si es posible tener, mantener y brindar lo necesario a un bebé; en el caso de las participantes que ya tengan hijos, también se discutirá el hecho de pensar en cuántos más tener.

**Materiales:** Tarjetas blancas.  
Bolígrafos.  
Pliegos de papel bond  
Plumones  
Cinta adhesiva

**Duración:** 1 hora y cuarenta minutos , más veinte minutos de comentarios y dudas.

## **Métodos Anticonceptivos.**

- a) Métodos Naturales: ritmo (método de Ogino y Knaus), moco cervical, coito interrumpido, abstinencia.
- b) Métodos de barrera: condón masculino y femenino.
- c) Métodos físicos: DIU.
- d) Métodos químicos: Píldoras anticonceptivas, espermaticidas, jaleas, óvulos, Norplant.
- e) Métodos quirúrgicos: Vasectomía y salpingoclasia.

*Es necesario recalcar a los participantes que no se trata de imponer el uso de alguno de estos métodos, ante todo debe existir un ambiente de respeto para las costumbres e ideologías de cada persona aunque se sugiere dar a cada método la importancia que tiene para el control natal.*

**Objetivo general:** Identificar los métodos anticonceptivos, su uso, efectividad, lugar en dónde conseguirlos, así como las ventajas y desventajas del uso de éstos

### **Objetivo específico:**

- \*\*\* Identificar cómo funciona el método del ritmo
- \*\*\* Conocer las pastillas anticonceptivas, así como su uso
- \*\*\* Conocer el condón masculino y su uso
- \*\*\* Conocer cómo funcionan las inyecciones y su uso
- \*\*\* Conocer cómo funcionan los implantes y su uso
- \*\*\* Revisar y conocer las pastillas anticonceptivas
- \*\*\* Identificar los usos de la PAE y la manera de administrarse
- \*\*\* Revisar en qué consiste la ligadura y la vasectomía, uso y precauciones

## Procedimiento:

### Los métodos anticonceptivos

- *Técnica:* Expositiva – participativa – demostrativa (apoyo en el material).
  - Método de ritmo **20 min.**

Se dará a cada participante tres calendarios mensuales grandes, con los cuales se explicará tal método, haciendo énfasis en contar adecuadamente los días de sangrado y la división de los días intermedios para calcular la fecha de ovulación.

- Método de moco cervical. **15 min**

Para explicar este método se hará la comparación entre dos materiales diferentes, que son la clara de huevo y el resistol. Se explicará a los participantes que del cuerpo salen diferentes secreciones, las cuales son indicativas de fertilidad o infertilidad, y que es importante observarlas, conocerlas y registrarlas en un calendario, pues estas nos pueden auxiliar para reconocer en qué momento es una mujer fértil o infértil, pero también es importante tomar en cuenta de que pueden existir fallas en este cálculo y que además hay que considerar la vida de los espermatozoides dentro del cuerpo femenino.

- Método de coito interrumpido 10 min.

La explicación será breve y se mencionará la acción de retirar el pene antes de que la eyaculación se lleve a cabo, también es importante recalcar el hecho de que existe una lubricación natural que se inicia desde el momento de la excitación y que este líquido puede contener algunos espermatozoides, por lo que existe un riesgo de embarazarse incluso utilizando este método.

- Método de abstinencia 5 min.

Se hará énfasis en que este es el método más efectivo de evitar un embarazo, pues en él se evita la introducción de el pene a la vagina, con lo cual no existe posibilidad de fecundación.

- Píldoras anticonceptivas 15 min.

Se nombrarán los principales elementos de tal pildora (estrógenos y progestágenos), y se mencionará que tales elementos influyen en la maduración del óvulo, en la consistencia del moco cervical, en la entrada de los



espermatozoides y empobrecen la receptividad del endometrio para anidar al embrión. Este anticonceptivo se utiliza por vía oral y debe tomarse todos los días a la misma hora, se explicará que la primer píldora puede tomarse durante los primeros cinco a siete días del periodo menstrual, pero solo un ginecólogo puede recetar tales píldoras, pues cada organismo es diferente y requiere de diferente tratamiento. También se recomendará tomar la pastilla junto con algún alimento para disminuir las molestias que puede ocasionar como son mareos, fatiga, nauseas, etc., además enfatizar que la píldora comienza a tener efectividad hasta después del primer mes de toma y que es recomendable utilizar algún otro método en conjunto.

- PAE Píldora anticonceptiva de emergencia 10 min.

No se trata de otro método que la misma pastilla anticonceptiva, la diferencia radica en la dosis y el tiempo que se ingiere, pues se deben tomar dos dosis, una dentro de las primeras doce horas después de la relación sexual y la segunda dosis 12 horas después. Además se ingieren dos o cuatro tabletas (dependiendo de la marca que administre) en cada dosis.

- Espermatocidas, jaleas, óvulos 5 min.

Su efectividad es muy reducida si no se combina con algún otro método, por lo que no se hará mayor hincapié en explicar su utilización y procedimiento, solo se mencionará que deben utilizarse antes de la relación sexual aplicándolos en el área vaginal y evitar lavados posteriormente para no disminuir su eficacia.

- Métodos hormonales inyectables 5 min.

Tienen el mismo mecanismo de las píldoras, la diferencia estriba en que la inyección se aplica únicamente una vez al mes o cada tres meses, dependiendo del tipo de inyección que se trate, lo cual incrementa la comodidad para la utilización, de igual modo debe consultarse al médico para la medicación.

- Métodos hormonales por implantes 5 min.

Se trata de seis pequeñas cápsulas que se insertan en la parte alta del brazo o antebrazo y su funcionamiento es similar al de las píldoras, ya que liberan al torrente sanguíneo, pequeñas cantidades de hormonas que dificultan el proceso de maduración del óvulo y por consiguiente evitan la fecundación, es un método

duradero y que debe colocar un médico especializado, pues se trata de una pequeña cirugía que requiere anestesia local.

- DIU (Dispositivo Intra Uterino) 10 min.

Se trata de un instrumento de plástico y/o cobre que se inserta en el útero y evita la fecundación del óvulo y la implantación del mismo, debe colocarlo un médico especializado y no interfiere en la vida sexual, periódicamente hay que revisarlo para asegurarse que se encuentre correctamente colocado.

- Condón o preservativo 10 min.

Es una cubierta en forma de saco elástico de látex que se fabrica en varias formas y colores; se coloca cubriendo el pene erecto, con lo que se evita que los espermatozoides que salgan del mismo entren al útero femenino, pues quedan atrapados en esta cubierta, este método es económico y no requiere receta médica, además de fácil utilización, y existe una versión femenina. De ambos tipos de preservativo se darán más detalles en la siguiente sesión.

- Vasectomía o esterilización masculina, método permanente. 10 min.

Se trata de una operación que interrumpe el conducto por el cual viaja el semen con los espermatozoides, al realizarse la operación los espermatozoides no pueden vivir, aún cuando hay semen, es un método permanente que se recomienda solo a los hombres que no desean tener más hijos.

- Salpingoclasia o esterilización femenina, método permanente. 10 min.

Se realiza de manera similar a la vasectomía, pero en este caso se interrumpe el paso de los óvulos por las trompas uterinas, de igual modo solo es recomendable para mujeres que no desean tener más hijos, sin perder su vida sexual.

En esta ocasión, por razones de exceso de información relevante se suspenderá el momento de dudas y comentarios pero se retomarán en la siguiente sesión.

## Materiales:

Métodos anticonceptivos (los que se puedan conseguir, los que no estén a la mano se sustituirán por dibujos.

Calendario

Marcadores.

Tarjetas blancas.

Bolígrafos

## Séptimo Tema.

### *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).*

a) Formas de contagio.

b) Desarrollo de la enfermedad.

c) Prevención. \*Destacar la importancia del uso del condón como medio de prevención contra las ITS (Infecciones de transmisión sexual)

**Objetivo general:** Que los participantes conozcan qué enfermedades relacionadas con la genitalidad existen y sus formas de contagio, así como la prevención, fomentando esta última.

**Objetivo específico:**

\*\*\*Que reconozcan las infecciones de transmisión sexual más comunes y los síntomas de cada una.

\*\*\*Que estén informados acerca de las diferentes formas de contagio de estas enfermedades como son el contacto sexual, el contacto sanguíneo, la transmisión de madre a hijo, etc.

\*\*\*Que den la importancia necesaria a exigir la honestidad en sus parejas, pero ante todo el uso del condón como único método eficaz en la prevención del contagio de estas enfermedades.

## Procedimiento:

-- Saludo 15 min.

Recordamos la sesión anterior comentando las dudas que surgieron y exhortando a los participantes a que continúen preguntando pues en esta sesión se retomará algo de los métodos anticonceptivos pero principalmente se verá cuál es método que permite prevenir una enfermedad de tipo venérea.

-- Formas de contagio.

Técnica: Autógrafos: 25 min

Se les dará a los participantes un pedazo de papel y un bolígrafo y se les dirá que se les va a dar un premio al que junte más firmas o autógrafos de los diferentes participantes. Previamente se habrá convenido con un participante que él o ella no debe dar ni aceptar firmas de los demás. Aparte, se le dará una pluma de color distinta a dos personas más, una de ellas representará las relaciones protegidas y la otra el SIDA.

Se mencionarán y explicarán brevemente las formas de contagiarse, como son: las relaciones sexuales no protegidas, por medio de transfusiones sanguíneas, de madre a hijo durante el embarazo, etc. También se resolverán las dudas entorno al tema disolviendo los mitos más frecuentes acerca del contagio de las ITS, principalmente del SIDA.

.Al finalizar se les mencionará a todos los participantes cómo estaba planeada la actividad y con esto se demostrará la forma en cómo las ITS se transmiten de una persona a otra, con qué facilidad y cómo prevenirlas

--Desarrollo de la enfermedad.

- *Técnica:* Expositiva-lúdica (memorama). **35 min**

Se mencionarán solo las principales infecciones como son: SIDA, sífilis, gonorrea, etc. Al terminar su explicación se presentarán unas tarjetas previamente diseñadas que contienen cada una, aspectos específicos y que distinguen una enfermedad de la otra, se jugará "memoria" con ellas, se formarán dos equipos, el equipo que más pares correctos junte será el ganador.

Es importante aclarar que muchas veces las personas tienen una idea errónea de las ITS y evitan hablar de ellas por que implica indagar en sus conductas y prácticas sexuales, pero es mejor hablar de sus temores y sus dudas, para evitar situaciones de riesgo.

--Prevención de las ITS. **25 min.**

- *Técnica:* "Ponle el condón al pene":

Se mencionará que el condón es el único método anticonceptivo que además ayuda a evitar el contagio de las infecciones de transmisión sexual y que de su correcta colocación y utilización depende lo anterior, por lo que es muy importante saber utilizarlo. Inicialmente se hará la presentación de un condón en empaque cerrado y se darán las indicaciones para asegurarse de que se tiene en las manos un preservativo confiable. Posteriormente cada asistente participará en el aprendizaje de la colocación correcta del condón masculino con la ayuda de un modelo de madera, haciéndose las correcciones y dando el apoyo pertinente. Finalmente se mostrará el condón femenino y la forma de aplicación.

-- Cierre:

Se enfatizará la importancia del uso de un método anticonceptivo para el control de la natalidad y el uso del preservativo como prevención de las infecciones de transmisión sexual, escogiendo el que sea más adecuada a las necesidades y posibilidades de la pareja. Se aclararán dudas

\* Se obsequiará a cada participante folletos informativos acerca del uso de los métodos anticonceptivos.

**Materiales:** Modelo de un pene de madera  
Memorama de ITS (Tarjetas con pistas de las diferentes ITS.)  
Condomes (suficientes para todo el grupo)  
Marcadores.  
Tarjetas blancas.  
Bolígrafos (incluyendo tres de diferentes colores)

**Duración:** 1 hora y cuarenta minutos, más veinte minutos de comentarios y dudas.

## ***Alternativas para el ejercicio de la sexualidad en la adolescencia.***

- a) Reconocimiento personal
- b) Alternativas del ejercicio de la sexualidad responsable (Sexo seguro)
  - Abstinencia
  - Caricias y tocamientos
  - Masturbación
  - Relaciones sexuales protegidas
- c) Consignas para el ejercicio de la sexualidad responsable

### **Objetivo general:**

Que los participantes conozcan a profundidad las opciones que existen del ejercicio de la sexualidad con el fin de poder tomar la decisión que más les atraiga y convenga en las diferentes etapas de su vida y puedan llevarla a cabo de manera segura y confiable.

### **Objetivo específico:**

\*\*\* Conocerán las alternativas del ejercicio de la sexualidad

\*\*\* Descubrirán las premisas del adecuado ejercicio de la sexualidad

\*\*\* Serán capaces de hacer un balance entre tales opciones de acuerdo a la situación actual en que viven



## Procedimiento:

--Inicio de la sesión

- *Técnica:* La cancha de los gustos **15 min.**

Todos parados en una línea, como si fueran la red de una imaginaria cancha de tenis. El coordinador se pone de cara a los participantes, en la misma línea y empieza a mencionar frases con dos opciones señalando con sus manos un campo para opción uno y el otro para la segunda opción ej. me gusta más el rojo o el verde. Todos se colocan en el campo de su preferencia. No hay discusión y después de unos segundos todos se colocan en la red otra vez para esperar otras opciones.. La elección debe ser individual y no se vale criticar el gusto de otra gente, ni tratar de persuadir a alguien de cambiar de campo.

-- ¿Quién soy el día de hoy?

- *Técnica:* Dibujo **15 min.**

Se les repartirán hojas y plumones a los participantes y se les pedirá que en la hoja que se les dio dibujen quiénes son ellos mismos, pero que no se basen solamente en el aspecto físico sino que dibujen los espacios en los que se mueven, por ejemplo, casa (familia), escuela, trabajo, amistades, etc. Y que piensen en las responsabilidades que en este momento tienen aún si estas son muy pequeñas y en los deseos a corto plazo, es decir hasta un mes o dos. Se les recordará que el dibujo es solo de ellos y que podrán compartir a los demás su experiencia solo si así lo quieren. Al terminar se hará una mesa redonda para exponer algunos dibujos.

## --Alternativas para el ejercicio de la sexualidad responsable

- *Técnica:* Lluvia de ideas. 25 min

Se motivará al grupo a que comenten sus ideas respecto al ejercicio de la sexualidad, las cuales serán anotadas en el pizarrón, posteriormente se mostrará una lámina ilustrativa con las posibilidades que existen y se dará una breve explicación a los participantes.

Tales alternativas son:

- Abstinencia (Evitando contacto sexual )
- Caricias y tocamientos (Evitando la penetración )
- Masturbación (Dando placer al propio cuerpo a través de tocamientos y/o mirando escenas excitantes)
- Fantasías (Imaginando u observando escenas excitantes)
- Relaciones sexuales protegidas (Teniendo relaciones en las que exista penetración en cualquier parte del cuerpo pero utilizando los métodos de barrera como el condón, guantes, dedos, sexipack, etc.)

## -- Consignas del ejercicio de la sexualidad

- *Técnica:* Lluvia de ideas 25 min.

En esta ocasión se preguntará a los participantes qué sería lo que desearían que su pareja sexual tuviera siempre presente al tener una relación sexual con ellos, es decir, qué pedirían además de placer para tener una relación coital con otra persona. Se anotarán todas las alternativas y posteriormente se presentará un cuadro con las siguientes consignas del ejercicio de la sexualidad responsable, las cuales son:

- ☞ el ejercicio de la sexualidad debe realizarse entre personas conscientes y responsables
- ☞ se evitará abusar de la inconsciencia, ignorancia o inocencia de una persona
- ☞ debe ser de común acuerdo y en lo posible no dañar a terceras personas.

Al leer cada consigna se preguntará a los participantes si están de acuerdo con tal enunciado y porqué creen que están realizados de esta forma, si a ellos les agradaría que su pareja tomara en cuenta estas consignas y si están dispuestos a realizarlas también.

-- Cierre de la sesión:

- *Técnica:* La muralla 20 min.

Los participantes se colocarán en círculo excepto una persona quien deberá vendarse los ojos y caminar dentro del círculo con ayuda de los demás, estos la detendrán cuando esté a punto de chocar con alguno de ellos y le indicarán el camino a seguir sin hablar. La complejidad aumenta cuando son dos o más los participantes vendados.

--Comentarios y dudas, pueden ser escritas.

**Materiales:** Condones, guantes, dedales y sexi pack.

Plumones

Hojas blancas.

Bolígrafos

Pañoleta

**Duración:** 1 hora y cuarenta minutos, más veinte minutos de comentarios y dudas.

## ***Metas a futuro y toma de decisiones.***

- a) Metas a futuro
- b) Elementos que promueven habilidades en la toma de decisiones
- c) Valores a considerar en la toma de decisiones

### **Objetivo general:**

Los participantes reconocerán más beneficios que la información adecuada y el conocimiento de sí mismo traen para su bienestar actual y futuro, así como para el de su familia y la sociedad en que viven

### **Objetivo específico:**

\*\*\* Reestructurarán la idea que en este momento tienen acerca de su futuro.

\*\*\* Podrán pensar en las alternativas para ejercer su sexualidad, que desean seguir a mediano y largo plazo de acuerdo a sus expectativas de vida.

\*\*\* Reconocerán y darán la importancia necesaria a los elementos que auxilian a una correcta toma de decisiones.

\*\*\* Se familiarizarán con algunos valores que es importante tener en cuenta al momento de tomar una decisión.

## Procedimiento:

Inicio de sesión

- *Técnica:* Relajación e imaginería. **25 min.**

Se les pedirá a los participantes que se acuesten en el lugar que ellos prefieran del salón, si desean pueden permanecer sentados, también se les pedirá que se quiten los zapatos para que estén más cómodos. Se utilizará música ambiental tranquila y de volumen bajo. Se pedirá que cierren sus ojos y comiencen a respirar tranquilamente, que hagan conciente su respiración, que vayan sintiendo cómo el aire penetra hasta sus pulmones, conforme el grupo se vaya relajando comenzar con la técnica de la imaginería, en la que se busca que el individuo cree en su mente una imagen agradable. En este caso se guiará de primera instancia al individuo mencionándole que imagine que se encuentra al principio de un largo pasillo pintado de blanco donde no hay otra cosa más que él y una puerta de elevador al fondo del mismo, se le pedirá que con su imaginación camine hacia ella de forma tranquila y relajada pues no hay nada que temer en tal lugar, se le pedirá que presione el botón del ascensor y entre al mismo, posteriormente que vuelva a presionar un botón pero ahora el del piso más alto del edificio, y al llegar a él y abrirse las puertas verá la imagen que en sesiones anteriores dibujó acerca de su futuro, ahora tendrá que verlo y caminar dentro de este espacio y realizar las cosas que desea hacer en algunos años, debe recordar a las personas y las situaciones que él desea para su vida futura y vivir en ese momento esta escena. Se les permitirá un tiempo de algunos minutos, aprox. 3 y posteriormente se les pedirá que comiencen a decir hasta pronto a esta situación y que regresen poco a poco a la puerta del elevador, al llegar a ella presionarán nuevamente el botón que abra la puerta y entrarán sin temor. Al cerrar las puertas tocarán el botón que los lleve al piso de abajo y durante su camino recordarán lo que más les agradó de la experiencia vivida; al llegar al piso mencionado las puertas se abrirán lentamente al mismo tiempo que podrán abrir sus ojos al mismo ritmo.

Al terminar tal actividad se les pedirá a los participantes que se sienten en círculo y comenten sus experiencias a sus compañeros, recordándoles que se encuentran en un foro confiable en el que lo que se hable no debe decirse a nadie externo por respeto a los compañeros.

-- Elementos que promueven habilidades en la toma de decisiones

➤ *Técnica: role playing 35 min.*

Se pedirá a los participantes que formen parejas y que un integrante de cada pareja pase a otra habitación en donde se le darán algunas instrucciones, mientras a su compañero se le dará una tarjeta que contiene un papel a interpretar, el cual será relacionada con la toma de decisiones en el ámbito sexual. Al primer participante se le invitará a dar apoyo a su compañero en el problema por el que pasará. Se harán las representaciones en privado o grupalmente de acuerdo al número de participantes y se comentarán los sentimientos, pensamientos y formas de actuar en cada situación. Al finalizar se comentará a los participantes tales elementos que les han brindado la posibilidad de tomar una decisión, los cuales son:

- ★ La información. La cual permite manejar los elementos indispensables para tomar una decisión en cualquier ámbito, en este caso en el sexual. *Ej. Una chica quiere utilizar óvulos pero le han dicho que deberá hacerse un lavado vaginal inmediatamente para que el óvulo surta efecto. Ella tendrá que informarse sobre la utilización correcta de los óvulos.*
- ★ La escala propia de valores. Esta escala debe distinguirse perfectamente de la que priva en su núcleo social, lo cual permitirá conformar la propia autoridad moral. *Ej. A un chico, su grupo de amigos trata de convencerlo de que sin condón podrá sentir mejor la relación sexual, él tendrá que ponderar su decisión y sobreponerse a la presión de grupo.*
- ★ Conocimiento y evaluación de la situación. Es importante conocer los riesgos que conlleva una situación de acuerdo con las diferentes situaciones para prever las consecuencias. La adolescencia es un periodo

con muchas situaciones críticas y una decisión impulsiva puede acarrear graves consecuencias. *Ej. Una pareja quiere tener relaciones sexuales, pero ella está dudosa. Él la convence pero no cuentan con ningún método a su alcance. Podrían darse tiempo para estar seguros los dos, antes de tomar una decisión apresurada, ya que no tienen los medios para evitar los riesgos del caso.*

- ★ La experiencia propia. Esto se refiere a la historia personal de cada individuo, la cual incluye valores, creencias y costumbres que se construyen en el núcleo familiar, en el medio escolar y en el social. Estas experiencias pueden ser positivas o negativas para la persona y definirán sus actitudes en la toma de decisiones. *Ej. Una chica tuvo una experiencia negativa en su sexualidad ya que fue víctima de abuso sexual. Ella deberá tomar en cuenta esta experiencia en la decisión de ejercer su sexualidad y fijarse con qué persona la realizará, para no verse afectada nuevamente.*

-- Valores a considerar en la toma de decisiones

- *Técnica:* Lluvia de ideas 30 min.

Se les pedirá a los participantes que piensen en todo aquello que necesitan tener y conocer para estar seguros al momento de tomar una decisión en el ámbito sexual. Al terminar se les presentará el siguiente cuadro con estas alternativas y se pondrán a discusión si fuese necesario:

- \* Tener cautela ante situaciones que puedan representar un peligro para la integridad física y emocional de cada persona.
- \* Evitar conductas que pudiesen caer en excesos, ejercer la conducta sexual dentro de límites razonables
- \* Respeto para no entrometerse en las decisiones y formas de actuar de otros y pedir lo mismo para nosotros

\* Buscar el placer propio y de la pareja; búsqueda de intereses más allá de la relación sexual; manifestaciones de cariño, ternura, sentimientos y emociones.

\* Seguridad y bienestar corporal

\* Certidumbre económica, deseo de tener lo necesario para mí y los que quiero

## **Materiales:**

Hojas blancas

Bolígrafos

**Duración:** 1 hora y media, más media hora de comentarios y dudas.



*Importancia de la autoestima en el ejercicio de la sexualidad.*

- a) El disfrute de las sensaciones
- b) Mi verdadero cuerpo
- c) Qué hacer para conservar mi cuerpo en buenas condiciones

**Objetivo general:**

Que los participantes se comprometan a darle un significado real a su cuerpo y con ello logren comprometerse a respetarlo, quererlo, cuidarlo y hacer lo mismo con los demás.

**Objetivo específico:**

- \*\* Experimentar sensaciones placenteras en todo el cuerpo
- \*\* Aprender a valorarse más allá de la imagen física
- \*\* Aprender a valorar y respetar a los demás tal como son.
- \*\* Tomar conciencia de la imagen que tenemos de nosotros mismos
- \*\* Reconocer las diferentes formas de cuidado de nuestro cuerpo
- \*\* Compromiso para el cuidado de nuestro cuerpo

## Procedimiento:

-- El disfrute de las sensaciones

➤ *Técnica:* Damos y recibimos 25 min.

Se dividirá al grupo en dos equipos de igual número de integrantes, se le pedirá a un equipo que se sienta en círculo al centro del salón, pero que lo haga viendo hacia fuera de ese círculo y se les repartirán pañoletas para que venden sus ojos; al otro equipo se le pedirá que se pare en frente de uno de sus compañeros que se encuentra sentado. Cuando los del círculo se hayan vendado, se le pedirá al otro equipo que gire y se detenga enfrente de un compañero distinto al que inicialmente tenían al frente y se les solicitará que comiencen a acercar sus manos al rostro de la persona que tienen al frente con los ojos tapados, posteriormente podrán ir tocando cada parte de la cara de su compañero hasta explorarla por completo. Al terminar de tocarla se irán despidiendo y girarán nuevamente hasta encontrar otra persona y repetirán el procedimiento. Posteriormente se cambiarán los papeles quien dio caricias ahora las recibirá y viceversa. Al final se harán comentarios al respecto.

-- Mi verdadero cuerpo 35 min.

➤ *Técnica:* Collage

Se les repartirán revistas a los participantes y se les pedirá que busquen partes del cuerpo que se parezcan a las suyas y que pongan especial énfasis en aquellas que les resultan más atractivas y que con ellas traten de formar su cuerpo. Al final del ejercicio se formarán equipos y se discutirán las siguientes preguntas:

- ☛ ¿Les resultó sencillo encontrar estas partes de su cuerpo?
- ☛ ¿Lograron formarse tal cual son?
- ☛ Las similitudes que existen ¿son realmente parecidas a ellos?, ¿En qué son diferentes?
- ☛ ¿Qué encontraron en las revistas?
- ☛ ¿Qué influencias existen para crear hombres y mujeres de revista?
- ☛ ¿Cómo influyen estos hombres y mujeres ideales en la propia forma de vestir, actividades y sentimientos?

☛ ¿Esta imagen realmente me representa?

Al finalizar las preguntas se les pedirá que hagan un dibujo de ellos mismos y comparen nuevamente su collage y su dibujo.

Es importante recalcar que el ejercicio solo pretende hacer pensar a la gente en la importancia de su cuerpo por la individualidad y funcionalidad que este tiene y que aún cuando los medios nos impongan un modelo a seguir este solo será conveniente si no nos daña en cualquier ámbito de nuestra vida, tanto mental, afectivo, laboral, de relación, etc. , es decir, si nos sentimos bien tal cual somos.

-- Qué hacer para conservar mi cuerpo en buenas condiciones.

➤ *Técnica:* Lluvia de ideas. 15 min.

Se anotarán en el pizarrón todas las ideas al respecto haciendo énfasis en las siguientes:

- ⌘ Tener en lo posible una alimentación balanceada que incluya frutas, verduras, cereales y carne, con pocas cantidades de azúcares, harinas refinadas y grasas (golosinas, frituras, fritangas, etc)
- ⌘ Lavar y desinfectar frutas y verduras
- ⌘ Evitar comer en la calle
- ⌘ Bañarse diariamente
- ⌘ Lavar la ropa personal y ropa de cama con regularidad
- ⌘ Asear los genitales con agua y jabón y utilizar ropa interior limpia de algodón para evitar infecciones.
- ⌘ Practicar sexo seguro o abstenerse.
- ⌘ Realizar ejercicio periódicamente
- ⌘ Evitar vicios (Tabaco, alcohol, drogas, etc.)
- ⌘ Realizar actividades que nos satisfagan y que no dañen a terceras personas.

-- Cierre de la sesión.

➤ *Técnica:* La mochila **20 min.**

Se pegarán hojas en la espalda de cada participante y se les pedirá que le escriban algo a cualquiera de sus compañeros de taller, lo que se escriba debe ser un mensaje positivo, alentador y real acerca de lo que sienten o piensan acerca de esa persona, no habrá límite de participantes a quienes escribir. Al final cada persona se quedará con su hoja, lo representativo de este ejercicio es que las personas se lleven a casa la mochila llena de cosas positivas.

**Materiales:** Hojas blancas

Plumones

Pañoleta

Revistas

Tijeras

Pegamento

**Duración:** Una hora treinta y cinco minutos, más veinticinco minutos de dudas, comentarios y cierre del taller.

Al finalizar el taller es necesario recalcar que es muy importante que cualquier duda sea aclarada y si es necesario realizar una sesión más para aclarar dudas pues se realizará, así como abrir la invitación a participar en talleres que les sean útiles para su vida cotidiana, así como a renovar este taller al menos cada año.



# DIPLOMA

A:

---

Por su asistencia y participación en el taller “Sexualidad y  
Autoestima”

México, D.F., a      de      de 2004

