



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Estudios Superiores Iztacala

SOLANO CLAUDIO ROSA

PRESENTA:

*“ Construyendo tu Sexualidad. Un Taller alternativo de Educación
Sexual”*

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIATURA.

OPCIÓN DE TITULACIÓN:

TESIS TEÓRICA METODOLÓGICA.

ASESORA:

LIC. IRMA BEATRIZ FRÍAS ARROYO.

DICTAMINADORES:

LIC. RODRÍGUEZ CERVANTES MARTHA

LIC. BARROSO VILLEGAS RODOLFO.

Los Reyes Iztacala, Tlanepantla, Edo. Méx.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

*Hoy uno de mis más grandes anhelos se está cumpliendo,
Y no tengo más que agradecerles sus esfuerzos,
sacrificios, desvelos, cariño y aunque nunca
terminaré de agradecerles todo lo
que han hecho por mí.*

Les agradezco el haberme brindado la oportunidad de darles esta gran dicha.

*Por que si bien este triunfo lo he logrado
a través de la lucha y constancia,
es gracias a personas tan valiosas como
ustedes que el proceso fue menos pesado*

Gracias por que este triunfo es de ustedes también.

*Jaime Angelo Solano Suárez
María Alejandra Claudio Domínguez*

Gracias

*Se termina una etapa importante en mi vida
y quiero expresarles un profundo agradecimiento,
porque gracias a su apoyo, guía y conocimientos han colaborado en la realización de esta meta.
Con respeto, admiración y cariño.*

Bety

Martha

Rodolfo

*Son muchas las palabras que quisiera
Expresarles las personas que han
estado conmigo acompañándome,
interesándose e inspirando este proyecto
tan importante para mí y aún
cuando les dedique
personalmente mi trabajo:
Siempre les estaré agradecida.*

A: Aldo

A: mis amigos

A: Omar, Amalia y Mauro

A: mis seres queridos

*A este último agradecimiento incluyo también a Citlali y Jazmín por continuar con este proyecto
y mucha suerte.*

RESUMEN**INTRODUCCIÓN****I.- LA ADOLESCENCIA**

1.1.-CONCEPTUALIZACIÓN	12
1.2.- TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA	14
1.3.- CARACTERÍSTICAS DEL ADOLESCENTE	22
1.3.1.- FÍSICAS	23
1.3.2.- SOCIALES	24
1.3.3.- PSICOLÓGICAS	25

II.-SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

2.1.- CONCEPTOS DE LA SEXUALIDAD	29
2.2.- CONDUCTAS SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES	35
2.2.1.- FACTORES QUE CONDUCEN A LAS CONDUCTAS DE RIESGO	37
2.2.2.- EFECTOS / CONSECUENCIAS DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO	40

III.- LA EDUCACIÓN SEXUAL

3.1. ¿QUÉ ES LA EDUCACIÓN SEXUAL?	44
3. 2. OBJETIVOS	47
3. 3. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN EL MUNDO	50
3. 4. DESARROLLO HISTÓRICO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN MÉXICO	53
3. 5. SITUACIÓN ACTUAL	56
3. 5. 1. TIPOS DE EDUCACIÓN SEXUAL.....	61
3. 6. LIMITACIONES GENERALES DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL	62

3. 7. DESCRIPCIÓN Y CRÍTICA DE LOS TALLERES SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES MEXICANOS....	70
3. 8. FACTORES Y CONSIDERACIONES QUE INFLUYEN PARA REALIZAR UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL	79
3. 8. 1. CONSIDERACIONES GENERALES	81
3. 8. 2. MODALIDAD DE TRABAJO: LOS TALLERES.....	85
3. 8. 3. TÉCNICAS	87
3. 9. PROPUESTA: HABILIDADES PARA EJERCER DERECHOS, NEGOCIAR Y TOMAR DECISIONES EN LA VIDA SOCIAL Y SEXUAL	90
3. 8. 1. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA....	92
3. 8. 2. ¿PARA QUÉ LAS HABILIDADES SOCIALES / ASERTIVIDAD?	94
3. 8. 3 ... TOMA DE DECISIONES	99
3. 8. 4 ... AUTOESTIMA	100

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

ANEXOS: Programa de educación sexual para adolescentes:

a) Manual para el coordinador.

- Perfil del coordinador.
- Sugerencias para el coordinador respecto al manejo del manual y del taller.
- Carta descriptiva por sesiones: 1)Sexualidad, 2)Autoestima, 3)Reconocimiento corporal, 4)Habilidades sociales, 5)Toma de decisiones, 6)Virginidad, 7)Orgasmo, 8)Masturbación, 9)Métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, 10)Embarazo no deseado y

aborto, 11)Infecciones de Transmisión Sexual, 12)Homosexualidad, y (13)Alternativas sexuales. En cada una se presenta:

- Propósito General de la sesión y objetivos específicos
 - Actividades de los participantes,
 - Forma de evaluación,
 - Materiales,
 - Duración de la sesión,
 - Descripción de las actividades,
 - Bibliografía básica y bibliografía complementaria.
- Anexos- evaluaciones.
 - Anexos- trípticos.

b) Manual para el participante.

- Recomendaciones para usar adecuadamente el manual y aprovechar el taller.
- Temas abordados en el taller por sesión: 1)Sexualidad, 2)Autoestima, 3)Reconocimiento corporal, 4)Habilidades sociales, 5)Toma de decisiones, 6)Virginidad, 7)Orgasmo, 8)Masturbación, 9)Métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, 10)Embarazo no deseado y aborto, 11)Infecciones de Transmisión Sexual, 12)Homosexualidad, y (13)Alternativas sexuales. Cada uno contiene:
 - Información sobre cada tema.
 - Recomendaciones y sugerencias.
 - Bibliografía y lugares de consulta para conocer más.

RESUMEN

Ante la necesidad de educación sexual para adolescentes y la pertinencia de reformar la estructura sobre cómo se venía impartiendo, se elaboró un programa de educación sexual para adolescentes de 17 a 21 años de edad, el cual incluye técnicas y actividades que propician no sólo la participación, sino también la reflexión y la enseñanza de repertorios preventivos contra las conductas de riesgo que suelen tener los adolescentes. El programa se apoya en dos manuales, uno para el coordinador y otro para los participantes.

El taller diseñado, se encuentra descrito en el primer manual, el segundo es un apoyo y material de consulta durante y después el taller para los participantes, con respecto a los diferentes temas abordados en el taller. El manual del coordinador contiene un perfil del coordinador, sugerencias generales sobre el manejo del manual y del taller. Se describen 13 sesiones que tienen una duración de 120 min. cada una, las cuales a excepción de la última sesión (Cierre y post-evaluación del taller) corresponden a los siguientes temas: 1) Sexualidad general, 2) Autoestima, 3) Reconocimiento corporal, 4) Habilidades sociales, 5) Toma de decisiones, 6) Virginidad, 7) Orgasmo, 8) Masturbación, 9) Métodos anticonceptivos, de prevención de ITS y del VIH/SIDA, 10) Embarazo no deseado y aborto, 11) Infecciones de Transmisión Sexual, 12) Homosexualidad, y (13) Alternativas sexuales. En el mismo manual se integran dentro de los anexos, los formatos de evaluación general del taller, por sesiones (tema), diferentes cuestionarios o material complementario de las actividades y trípticos sobre los diferentes temas de sexualidad desarrollados en el taller.

El diseño de este programa tienen como propósito que al aplicarlo, los interesados reciban información por medio de actividades y lecturas que propicien su participación, el cambio de ideas erróneas o mitos, solución de dudas y adquisición de nuevos conocimiento, con lo cual ellos mismos pueden observar sus propios cambios en cuanto a conocimientos, actitudes, manejo de las situaciones y autoestima, además de que pretende favorecer el desarrollo de habilidades para relacionarse efectivamente, principalmente en el área sexual.

Por lo anterior, será necesario tomar en cuenta las sugerencias descritas en el manual, el contenido a tratar en cada sesión, así como el perfil del coordinador, en cuanto a sus habilidades y conocimientos sobre los diferentes temas, de las estrategias en manejo del material, del manejo del grupo.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un momento determinante en la vida del individuo durante el cual según Horrocks (1996) ocurren transformaciones físicas (crecimiento de los órganos sexuales, de las extremidades corporales, cambios en la presión arterial, respiración, metabolismo), sociales (ambivalencia en el trato social: niño o adulto) y psicológicas (autoestima relacionada al buen aspecto físico, constantes cambios en los estados de ánimo, búsqueda de independencia), donde hombres y mujeres toman sus primeras decisiones y asumen responsabilidades emocionales, sociales, académicas y económicas que tienen que ver con la vida sexual y social (López, Carpintero, Fuentes, Hernández, Marcos, Martínez y Soriano, 1995).

Los adolescentes viven situaciones de alto riesgo para su salud, con consecuencias sociales, como, embarazos no deseados, contagio de ITS, incluyendo el VIH/SIDA y abortos, principalmente; pues tienen relaciones sexuales sin planificar y sin usar algún método de control natal y/o de prevención de ITS ya sea por que no cuentan con el acceso y/o información de tales métodos, lugares donde recibir información sobre la sexualidad, por que no se perciben como probables fuentes de contagio o de tener un embarazo (Martínez, Becerra y Hernández, 1996), o porque aún cuando disponen de tales medios no los utilizan cuando lo requieren.

Barragán (1991) ha señalado que a partir de una información seria, planeada de acuerdo al desarrollo biosicosexual, objetiva y científica sobre la sexualidad, los individuos pueden tener una vida sexual más placentera, responsable y con experiencia, sin embargo, el hecho de que los adolescente no utilicen los métodos preventivos permite suponer que no cuentan con las habilidades para elegir, decidir, negociar e informar a los demás lo que saben y quieren hacer. Por ello, los programas de educación sexual no solo deben tener información científica, planeada y objetiva, sino que también se deberá entrenar a la población para que cuando lo requieran utilicen tales métodos.

Así, el presente trabajo es una propuesta de un taller sobre sexualidad para adolescentes, el cual surge a partir de las necesidades y cambios que algunos autores como CONAPO (1982); Carvajal (1995); Martínez, Becerra y Hernández (1996); Levesque (2000), ha señalado en cuanto a estructura, contenido, actividades, utilización del material didáctico, tiempos, entre otras cosas de los programas de educación sexual. Ello se observó a partir de la revisión teórica de los talleres dirigidos a adolescentes y de las observaciones que otros autores han descrito como elementos base, limitaciones y sugerencias que se deben tomarse en cuenta al diseñar tales programas, todo lo cual se presenta en el cuerpo teórico de este escrito.

Específicamente, en el primer capítulo, se aborda el concepto de la adolescencia, las diferentes teorías sobre adolescencia, así como los cambios que ocurren en esta etapa y que tienen que ver, no sólo con aspectos fisiológicos, sino también con lo social y psicológico, todo ello con la finalidad de tener un panorama acerca de todo aquello que en un individuo sucede durante esta etapa de la vida, para que en el siguiente capítulo, sea más fácil entender el porqué tanto el aspecto físico como la manera en cómo vivencia y construye la sexualidad, juegan un papel muy importante en esta etapa.

Así, en el segundo capítulo, se desarrolla 1) qué es la sexualidad, las partes que la integran, 2) cuáles son las conductas sexuales de los adolescentes, 3) los factores que contribuyen a que los adolescentes presenten conductas de riesgo, que los llevan a cometer suicidios, accidentes, dependencias hacia diferentes sustancias, enfermedades de transmisión sexual, abortos, embarazos no deseados, todo lo cual afecta permanentemente su salud y conlleva consecuencias médicas, psicológicas, educativas y económicas para el adolescente, la familia y la sociedad donde vive; 4) se presentan estadísticas sobre embarazos no deseados, aborto ITS y VIH/SIDA presentados en la población adolescente en nuestro país y que se relacionan con las conductas de riesgo, señalando el porqué la falta de información y el poco acceso a los

servicios de salud sexual perjudican a los adolescentes, así como la importancia de la educación sexual.

En el capítulo tres, se aborda lo que es la educación sexual, sus objetivos y los argumentos que comúnmente la justifican, enseguida se presenta un breve panorama histórico sobre cómo fueron los inicios de la educación sexual en el mundo y a continuación sobre cómo se originó y desarrolló en México, donde los principales socializadores de la sexualidad han sido la iglesia, la familia, las instituciones y las escuelas. Enseguida, se habla sobre la situación actual de la educación sexual y las diferentes estrategias desarrolladas para impartirla. Se presenta una revisión sobre los aspectos en que otros programas han fallado o se han limitado, retomando los comentarios de expertos en el tema con respecto a las deficiencias en dichos programas. Revelando la necesidad de reformar la manera en cómo los adolescentes aprenden, practican la información relacionada con su desarrollo sexual y sus relaciones íntimas y la perciben, además se presentan los factores y consideraciones para la realización de nuevos programas de educación sexual.

Posteriormente, se plantean las diferentes modalidades en las cuales se puede llevar a cabo la educación sexual y se señala que el taller será la modalidad empleada para el de diseño del presente, además, se describen las diversas técnicas que otros programas suelen utilizar y que otros han referido como apropiadas para propiciar la participación y el aprendizaje de los participantes.

Por último, se describen los aspectos considerados como eje medular de la propuesta "Construyendo tu sexualidad", los cuales son: habilidades sociales y el desarrollo de la autoestima con la finalidad de que el adolescente pueda hacer buen uso de la información que recibe, con la finalidad de mejorar sus relaciones y comunicación con los demás. Y a manera de conclusión, se realizan algunas reflexiones acerca del trabajo realizado y algunas sugerencias para quienes vayan a implementar el programa, así mismo, se presentan las referencias consultadas y se anexa el manual del coordinador, el de los participantes, los

instrumentos de evaluación diseñados específicamente para este taller y los trípticos para los participantes.

Ahora bien, en el presente trabajo, se planteó como objetivo: Diseñar un programa alternativo de educación sexual para adolescentes de 17 a 21 años, con el propósito de que ellos adquieran nuevos conocimientos, acerca de sus dudas y/o cambien las ideas erróneas o mitos, y con ello favorecer el desarrollo de habilidades para relacionarse efectivamente, expresando sus conocimientos de manera verbal y escrita, ideas, opiniones y sentimientos, además de que ellos mismos observen el cambio respecto de sus creencias y comportamientos sociales.

Para ello se seleccionaron técnicas y actividades que desde la Psicología con un enfoque cognitivo conductual puedan prevenir los riesgos a los que se enfrenta el adolescente, además, tales actividades tienen la característica de ser vivenciales, promueven la participación activa de los asistentes, el análisis de la manera en cómo ejercer su vida sexual, el cambio conductual y cognitivo sobre éste mismo. Dicho taller está compuesto no sólo por un manual para el coordinador, sino también por un manual para los participantes.

Adicionalmente, se elaboraron trípticos informativos dirigidos a adolescentes, se construyeron los instrumentos de evaluación, se elaboró un perfil acerca del coordinador y se describieron las sugerencias e indicaciones o instrucciones en el manejo del manual tanto para los coordinadores del taller, como para los participantes.

Por tanto, en el presente documento, no sólo se acepta que los adolescentes y jóvenes son sexualmente activos, sino que se les ofrecen a los adolescentes los medios educativos y asistenciales para que ejerzan su sexualidad si así lo deciden, en condiciones adecuadas y sin riesgo.

I. LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa exclusiva del desarrollo humano; un periodo de transición entre la niñez y la adultez. El término adolescente se deriva del latín *adolescere* que significa crecer hacia o crecer (Horrocks, 1996). Sin embargo, es preciso ahondar un poco más acerca de las diferentes definiciones que se han realizado con el fin de explicar este periodo.

1. 1. Conceptualización

La adolescencia inicia con la pubertad, el cual es un proceso gradual en cada individuo que fluctúan entre los 10 y 15 años en los niños y entre los 9 y 14 años en las niñas y abarca desde el principio de la acción hormonal hasta el logro de la completa maduración sexual, incluida la capacidad de reproducción. Por tanto, la etapa donde se alcanza la madurez sexual, emocional y social, cuando se asumen responsabilidades y conductas de la edad adulta se le llama adolescencia. De ahí, que desde el punto de vista biológico una persona es adolescente cuando es capaz de reproducirse (Horroks, op. cit). Así mismo, se ha descrito al adolescente como una persona emocional, sumamente voluble y egocéntrica, que tiene poco contacto con la realidad, es conservador, estereotipado, inestable, perfeccionista, sensible e incapaz de la autocrítica.

Pasanella y Willingham (1968; citado en Horrocks, 1996) ven la a adolescencia como un periodo de transición y toma de decisiones, donde la vida del adolescente está marcada por fluidez y desplazamiento que se centran en torno a las tres áreas de transición más importantes: Desarrollo cognoscitivo y educacional, cambios en las actitudes y valores y en la elección vocacional y desarrollo de una carrera.

Stanley Hall (1904; citado en Horrocks, 1996) psicólogo norteamericano describió el desarrollo sexual, intelectual y emocional de los adolescentes, dando como principal característica la tensión (estrés) y por la aflicción, es decir; un

periodo de desequilibrio y desajustes emocionales, pero también con factores compensatorios. Postula que en los primeros 20 años hay cuatro etapas: *Infancia* (va del nacimiento hasta los 4 años), *niñez* (de los 5 a los 7 años), *mocedad* (de los 8 a los 12) y la *pubertad* (de los 13 a los 24).

Bajo un enfoque biogénético o desarrollista de la adolescencia, sostiene que el desarrollo del individuo repite en muchos aspectos el desarrollo de la especie, pues en la adolescencia se recapitula el periodo de la historia evolutiva de la humanidad; cuando los humanos empiezan a civilizarse abandonando el pasado salvaje. Menciona que la adolescencia es como un nuevo nacimiento, pues nacen los rasgos más nobles y humanos, las cualidades del cuerpo y alma y el desarrollo deja de ser gradual, haciéndose saltatorio y reflejando un período de tormenta y lucha. Concebía los cambios psíquicos como consecuencia de los cambios físicos y fisiológicos básicos (Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

Desde el punto de vista psicológico, la adolescencia es un período de cambios rápidos y notables, que incluyen la maduración cognitiva (tiene lugar el pensamiento lógico, conceptual y la abstracción) y el desarrollo psicosocial (se refiere a una mejor comprensión de uno mismo en relación con los otros) (Rodríguez, Frías y Barroso, s. f.).

Por tanto, se puede decir que la adolescencia, es una etapa más del desarrollo humano, que de acuerdo a las condiciones de cada persona comienza poniéndole fin a la niñez y termina llevándolo a la maduración sexual y cognitiva, para dar paso a la edad adulta. En ésta etapa suceden rápidos, notables y diferentes cambios biológicos, psicológicos (cognoscitivos, emocionales) y sociales, los cuales interfieren en el comportamiento y concepto de si del adolescente; en el cual los cambios y decisiones relacionales y vocacionales que toma son de gran importancia para su vida (Martínez, Becerra y Hernández, 1996).

Ahora bien, tales definiciones han sido elaboradas a partir de las diferentes teorías que se han construido, a partir del gran interés del ser humano por explicar y describir este periodo (Horroks, 1996). A continuación se detallan éstas teorías.

1. 2. Teorías de la Adolescencia

A partir de siglo XX se ha observado el surgimiento de un mayor interés por la adolescencia. De acuerdo con Horrocks (1996), son muchos los autores que han estudiado la adolescencia para definirla e interpretarla desde diferentes puntos de vista teóricos y destacando diferentes aspectos, pero algunas de estas descripciones solo refieren hechos y no intentan formular alguna teoría y otras son para confirmar o ampliar teorías existentes o para desarrollar otras.

¿Qué es una **teoría**? Son proposiciones generales, coherentes y relacionadas entre sí, que explican una clase o conjunto de fenómenos; es un sistema de constructos congruentes, reforzantes, relacionados entre sí y entrelazados (Horrocks, op. cit). Horrocks (op. cit) menciona que algunas de las teorías que explican el periodo de la adolescencia son:

☞ LOS PATRONES DEL DESARROLLO SEGÚN GESELL. *Arnold Gesell*, (1956; citado en Horrocks, 1996) define la adolescencia como un periodo preeminentemente rápido e intenso en cuanto al desarrollo físico, acompañado por profundos cambios que afectan al organismo. Precisa que el adolescente en desarrollo revela su individualidad al pasar de una etapa de madurez a la siguiente, aunque puede aproximarse al patrón de secuencia humana, también puede alejarse, mostrando individualidades de estilo y cronología, aun cuando su conducta sea característica física de su grupo.

En ésta teoría, la experiencia, la individualidad y el crecimiento normativo son interdependientes. Establece que el infante produce patrones de conducta y modos de desarrollo (emocional, intelectual y físico) semejantes a los que aparecen en la niñez y juventud; es decir, el individuo en desarrollo pasa por una etapa que se repetirá más adelante en secuencia, a un nivel de mayor organización. Y observa que la secuencia total de desarrollo presenta alternativas opuestas que se pudieron originar en la cultura, pero tensión y elección radica en el organismo propio. La tarea de sistema de acción de desarrollo es canalizar las tensiones (conflictos) para que el individuo se integre, elija y dirija.

☞ TEORÍA DE FREUD SOBRE EL DESARROLLO. Ésta teoría está orientada biológicamente y presenta el desarrollo psicológico como resultado de la interacción del aprendizaje con el desarrollo de tres sistemas orgánicos vitales: El oral, anal y genital. *Sigmund Freud* (1905; citado en Horrocks, op. cit.) considera al desarrollo como una secuencia de cinco etapas: Oral, anal, fálica, latente y genital.

La etapa anal abarca los primeros meses de vida, donde el niño muchas veces en compañía de su madre experimenta por la boca y el proceso de alimentación satisfacciones, sensaciones desagradables; La etapa anal va de los 12 y 18 meses hasta los 4 años, aquí predomina el sistema de eliminación anal, además el niño aprende a someter su voluntad a las exigencias de otros, aún a costa de su placer y se desarrolla el rasgo de autonomía

En la fálica el niño empieza a interesarse en su fuerza y cuerpo, ante la posibilidad de que haya permisivismo o restricción puede provocar ansiedad en cuanto al cuerpo y sus funciones, en especial en conductas sexuales, ello tiende a restringir la ambición y anular la curiosidad y confianza de sí, ésta comienza aproximadamente a los 4 años y se extiende hasta la mitad de la niñez.

Se considera que la conducta es motivada por los instintos básicos: De VIDA, para preservar el yo y de otros, donde la libido es lo básico, al ser una forma de energía psíquica que actúa para mantener una estrecha interacción psicológica entre las personas; y el de MUERTE, el cual puede orientarse hacia dentro, afuera o contra uno mismo o contra otros.

Para comprender el desarrollo se debe considerar el conflicto más importante ocasionado por la interpretación de los instintos de vida y muerte: El Complejo de Edipo, es cuando el niño siente odio y hostilidad hacia el progenitor de su mismo sexo, quien lo frustra al tratar de obtener gratificación de su libido, este complejo se resuelve en algún momento entre los 15 y 17 años de vida, comenzando así el periodo de Latencia. Si el complejo se resuelve bien, el niño se identifica con el padre del mismo sexo y es capaz de aceptar de manera natural, sencilla y con orgullo su masculinidad y feminidad, según el caso; si no el

niño sigue identificándose con el progenitor del sexo opuesto, son desventajas en el desarrollo posterior.

El periodo de Latencia es de maduración del ego, la cual consiste en desarrollar actitudes sociales, proceso de pensamiento y establecer relaciones fuera de la familia, aquí el niño tiende a encontrar un equilibrio de personalidad y a colocar los fundamentos para afrontar la llegada de la adolescencia con mayor estabilidad y seguridad

La etapa Genital marca el inicio de la pubertad y la entrada de la adolescencia, aquí la sexualidad antes reprimida reaparece, ocasionando problemas que se habían eliminado en la adolescencia.

La adolescencia es vista como una época en que el joven en desarrollo se ve amenazado por la disolución de la personalidad que había construido y estabilizado, por lo que el niño necesita redefinir y reagrupar sus defensas y formas de adaptación. Una de sus características es el surgimiento de los esfuerzos edípicos y preedípicos que producen el deseo de mantener lazos familiares. Freud definió a la adolescencia como una época donde los cambios le dan forma final a la sexualidad infantil.

☞ TEORÍAS QUE SE APARTAN DE LA POSICIÓN FREUDIANA:

Alfred Adler (1917, 1927, 1931; citado en Horrocks, op. cit) retó la posición de Freud al rechazar el origen sexual de la neurosis para sostener el concepto de que los orígenes de la personalidad deben encontrarse en la forma como la persona se ajusta al sentimiento de inferioridad (resultado del sentimiento de desamparo que tienen los infantes) que existe en los humanos. Interpreta la adolescencia como una búsqueda de superioridad, que se muestra cuando el niño trata de alcanzar la edad adulta y la adecuación como hombre o mujer, donde la masculinidad está marcada por una propuesta, en la que encuentra la realidad social en la forma de una dotación personal limitada, de barreras económicas y sociales. Ese conflicto se debe resolver bien para no caer en un comportamiento neurótico en forma de compensaciones irreales o de desórdenes mentales. La tarea del adolescente es el desarrollo e implementación de estilo de

vida; es decir que al interactuar con otros desarrolle su yo social y una manera de esforzarse por la perfección.

Harry Stack Sullivan (1947; citado en Horrocks, op. cit) enfatiza en la percepción que tiene el niño del mundo y su adaptación a éste. Distingue, que el desarrollo se da en 6 etapas heurísticas: Infancia (va del nacimiento a la aparición del lenguaje articulado), niñez (utilización del lenguaje significativo y termina con la necesidad de compañeros), juventud (abarca la escuela primaria, con la necesidad de compañeros), preadolescencia (comienza cuando el niño madura y tiene necesidad de una pareja del sexo opuesto, de intimidad social), adolescencia (comienza con la erupción de la sexualidad genital y la pubertad) y adultez y todas comienzan con necesidades y relaciones interpersonales que ofrecen oportunidades para aprendizajes nuevos y mejor ajustados.

La adolescencia se divide en; Temprana, inicia con la pubertad, cuando el cuerpo que se relacionaba con la excreción se convierte en una nueva zona significativa de interacción en la intimidad interpersonal física, tiene necesidad de intimidad, de satisfacción lujuriosa y de seguridad personal; la otra es tardía y se extiende a partir del establecimiento de patrones para las actitudes genitales preferidas, pasa por etapas educativas y culmina con las constitución de un repertorio completo de relaciones humanas o maduras según le permitan las oportunidades personales y culturales. Es tardía porque el individuo ha logrado descubrir sus preferencias en la conducta genital y la forma de ajustarlas a su vida, pero hay quienes no lo logran.

Aquí se incluye *Erich Fromm* (1955, 1956, 1964; citado en Horroks, op. cit) pues juzga que los hombres son idealistas y capaces de alejarse de la dependencia de los aspectos hedonistas de la vida, pues es capaz de crear y resolver problemas y trascender la rigidez de la sociedad, también es materialista y ha desarrollado el culto.

El hombre debe satisfacer éstas necesidades: Desarrollar un sentimiento de unidad con sus compañeros, evitar los símbolos artificiales en pro de una forma natural de vida, debe buscar satisfacciones de vida, trascender su

naturaleza animal, perfeccionarse ya prender, conocer su verdadero yo e identificarlo con otros y trabajar para crear una vida razonable.

☞ **DESARROLLO BIOPSICOSEXUAL.** El desarrollo psicosexual es continuo y se divide en: Infancia, adolescencia, juventud, adultez y la madurez (climaterio), hasta llegar a la senectud. De acuerdo con la OMS el desarrollo psicosexual del adolescente atraviesa por diversas etapas o fases:

Adolescencia Temprana o Primera Fase (10 A 14 Años). Según Monroy (2000; citado en Rodríguez, Frías y Barroso, s. f.), inicia con cambios anatómicos y fisiológicos característicos de la pubertad y termina al definirse y consolidarse la orientación sexual, hecho que en algunas ocasiones es forzado por relaciones sexuales y/o embarazos tempranos en el adolescente. Los adolescentes experimentan gran curiosidad por la aparición de caracteres secundarios del sexo y gran preocupación por los cambios corporales externos físicos. También ocurren cambios psicológicos como; el sentido de competencia en relación con su desarrollo físico, la afirmación de la identidad mediante el apoyo de la isofilia (grupos de pares del mismo sexo y edad, que les refleja lo que son como adolescentes), con la cual pueden lograr mayor socialización. En esta etapa la erección y lubricación vaginal ya están establecidas de forma erotizada, con gran intensidad, la actividad auto erótica (fantasías con otra persona), está en búsqueda de satisfacción, placer sexual y de descarga tensional, solo que las mujeres lo inhiben más que los hombres debido a la sociedad y su cultura (Katchadourian, 1992).

En los primeros años de la adolescencia aparece la atracción hacia el otro sexo, mantienen juegos sexuales mutuos, el autoerotismo y el contacto genital de tipo exploratorio. Debido a los cambios físicos, emocionales y sociales necesita reafirmar su concepto de autoestima, su sentido de responsabilidad, sus capacidades de comunicación, su autonomía y autocontrol, su capacidad de decisión y de solución de problemas.

Adolescencia Tardía o Segunda Etapa de 15 a 19 años. La adolescencia se caracteriza por: Mayor autonomía e independencia, cambios emocionales

menos marcados, menor ambivalencia y egocentrismo, la persona tiene un pensamiento abstracto e idealista, poco a poco se establecen las normas y valores propios, un mayor control de los impulsos sexuales y agresivos, su atracción sexual está más definida (Orientación sexual). Se enamora sin llegar al amor, idealiza y desidealiza al otro con gran exageración, las relaciones sexuales son entre parejas inestables, por lo que es evidente la necesaria información sobre protección hacia enfermedades de transmisión sexual o embarazos. Ésta etapa finaliza al consolidarse la identidad sexual, sus relaciones amorosas se vuelven más estables, pues busca una pareja definida, hace planes a largo plazo y puede tolerar más la desidealización del otro.

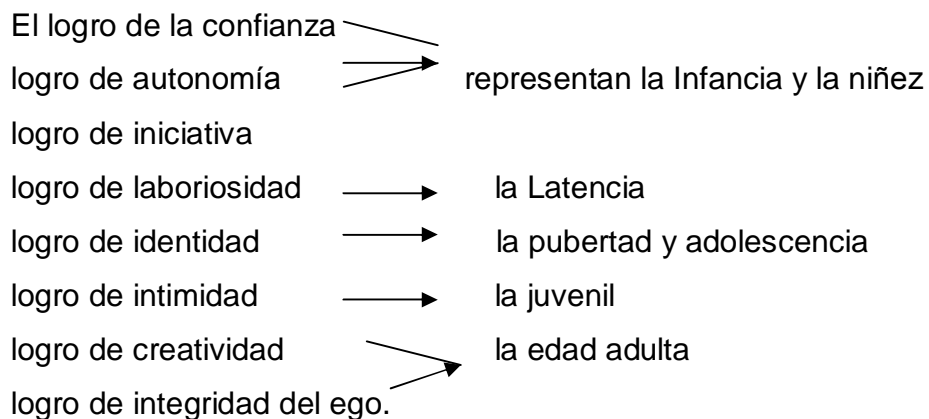
A medida que el niño avanza a través de la secuencia de desarrollo, encuentra cierto número de tareas impuestas por su medio cultural, por sí mismo como organismo biológicos, o por la interacción de las factores biológicos y culturales. La importancia de éstas tareas está en que el niño debe completarlas, dominarlas, para que pueda desarrollarse con normalidad, lograr un grado aceptable de socialización y ser capaz de satisfacer con éxito las tareas subsecuentes. Las tareas a las cuales Horrocks (1996) se refiere son:

☞ TAREAS DEL DESARROLLO. El enfoque de análisis de tareas de desarrollo intenta aislar y describir éstas tareas, colocarlas según la secuencia e indicar para que edades son, así como apuntar las consecuencias que se tendrán sino se domina una tarea determinada, por lo que las tareas del desarrollo representan los periodos críticos de éste. *Havighurst* (1953; citado en Horrocks, 1996) menciona que hay tres fuentes de tareas del desarrollo para cualquier grupo de personas: a) Maduración física, b) expectativas y presiones culturales, y c) aspiraciones personales. También enumera diez tareas del periodo de la adolescencia: 1) Lograr relaciones nuevas y maduras con personas de la misma edad y de ambos sexos, 2) Conseguir un papel social masculino o femenino que sea probado socialmente, 3) Aceptar la psique propia y el uso adecuado del cuerpo, 4) Alcanzar independencia emocional con respecto a los padres y a otros adultos, 5) Lograr la seguridad de independencia económica, en el sentido de que

la persona sienta que puede mantenerse por sus propios medios si es necesario, 6) Seleccionar una ocupación y capacitarse para ésta, 7) Prepararse para el matrimonio y la vida familiar, 8) Desarrollar conceptos y habilidades intelectuales necesarias para la competencia cívica, 9) Desear y conseguir un comportamiento socialmente responsable, y 10) Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético como guía de la conducta.

Conforme se ha revisado la lista de tareas se han agregado otras, por ejemplo; Angelino dice que con el advenimiento de nuevas necesidades e impulsos en la pubertad, más la expansión y cambios de controles dirigidos internamente, el adolescente debe: Adaptarse a su cuerpo, aprender los papeles sexuales adecuados a fin de prepararse para el matrimonio y la vida familiar, aprender a llevarse bien con los de su misma edad, lograr independencia de sus padres, prepararse para la independencia económica por medio de elecciones vocacionales y ocupacionales, y desarrollar un sistema de valores e ideales.

☞ TAREAS PSICOSOCIALES PLANTEADAS POR ERIKSON. *Eric Erikson*, (1963, 1964, 1968; citado en Horrocks 1996) describió que la secuencia del desarrollo se forma de 8 etapas:



Se caracterizan por el desarrollo de actitudes psicosociales que se relacionan con los procesos de la libido y la maduración, en ellas, el individuo va adquiriendo la identidad del ego, así sugirió que el período de la adolescencia es un periodo en el que el individuo lucha entre la identidad y difusión o pérdida de

identidad. El ser humano está en busca de esa identidad durante toda su vida, pero el crecimiento rápido y los cambios fisiológicos que le ocurren en la adolescencia hacen enfrentarse al problema de cómo conservar la continuidad en un tiempo fue inmadura, asexual y no responsable y que ahora sí lo es, por lo tanto lo que busca es una nueva seguridad de conformidad y continuidad. Identidad es la confianza intensificada de que la realidad y continuidad internas del pasado, corresponde a la realidad y continuidad de significada que uno tiene para los demás.

Erikson plantea que la adolescencia es un periodo de moratoria psicosocial, que indica que la juventud es un periodo de reconsideración del pasado, de análisis y no de tener que adoptar el papel de adulto, aunque ya se libera del papel de niño, pues e percata de que ya no podrá continuar para siempre como adolescente, con una moratoria permitida a su papel.

Otra de las teorías que explican la etapa de la adolescencia es:

☞ TEORÍA DE CAMPO DE LEWIN. *Kurt Lewin* (1935, 1939, 1942, 1954; citado en Horrocks, 1996), (gestaltista) concibió que la conducta era resultado de variables interdependientes, formados por la naturaleza, la experiencia del individuo, por la situación del ambiente en ese momento, pues el individuo existe en un espacio vital constituido por necesidades, motivaciones y estímulos físicos que actúan en él, Lewin entiende la adolescencia como un área donde la niñez y la edad adulta se traslapan.

De ésta manera, explica que el desarrollo humano consiste en diferenciar las áreas del espacio vital, que no se han estructurado y distinguido. Define 3 periodos específicos: Niñez, adolescencia y edad adulta, observando que en la adolescencia ocurren muchos cambios y rápidos en la estructura del espacio vital, el cual le presenta objetivos que su cultura no le permite alcanzar, también el concepto de sí mismo es importante en la adolescencia y depende de la imagen corporal. El contexto social cobra importancia en ésta teoría y en la etapa de adolescencia, así como en las relaciones sociales.

☞ E-R Y LA TEORÍA DEL COMPORTAMIENTO. No hay bibliografía específica que hable de la adolescencia abordada por conductistas, ya que se considera que este periodo es tan solo una época en el transcurso de la vida en que la conducta ocurre, por lo que se espera que siga las leyes del comportamiento universal en un contexto especial. Los teóricos conductistas adoptan el punto de vista de que el comportamiento es un fenómeno universal que obedece a leyes universales y si se estipulan las leyes conductuales pueden aplicarse a todo comportamiento y aprendizaje que se produzca.

A nivel general, se han enlistado diferentes características propias de la etapa de adolescencia, por lo cual es pertinente mencionarlas.

1. 3. Características del adolescente

La adolescencia se caracteriza por que ocurren muchos cambios a nivel físico, fisiológicos, social y psicológico. Fountain (1961; citado en Horroks, 1996) enlista cinco cualidades que diferencian a los adolescentes de los adultos:

- a) Sentimiento intensos y volubles
- b) Necesidad de recompensas frecuentes e inmediatas
- c) Comparativamente, poca capacidad para examinar la realidad
- d) Incapaz para la autocrítica
- e) La adolescencia se produce como resultado de los cambios que demandan una revisión de las relaciones y de imagen de sí mismo.

Horroks (1996), por su parte menciona que la adolescencia lleva consigo una gran cantidad de cambios en todos los aspectos de la vida del niño, se produce una gran expansión e intensificación de la vida emocional cuando el adolescente amplía sus actividades en busca de nuevas experiencias y conocimientos, pero al mismo tiempo adopta una actitud defensiva contra las posibles consecuencias. Es un periodo de esperanzas, ideales y de anhelos, a menudo divorciados de la realidad, hay un apasionamiento por asuntos que los

mayores no dan importancia, las emociones pueden conducir a violentos efectos hacia los del sexo opuesto, tienen profundas amistades caracterizadas por muchas promesas.

En la adolescencia, el hogar es a menudo en una especie de prisión y empieza a parecer restrictivo conforme el deseo de acción y aventura se intensifica. El adolescente enfoca la vida de manera inductiva, debido a su falta de experiencia y preocupación por el aquí y ahora generaliza a partir de casos específicos, pues cree que lo que es cierto para algunas personas o un tipo de sucesos o época específica, deberá serlo en otras circunstancias.

Según Martínez, Becerra y Hernández (1995) hay tres características fundamentales en el periodo de adolescencia, que son: Biológicas o fisiológicas, sociales y psicológicas.

1. 3. 1. Fisiológicos

La pubertad es producto de la secreción hormonal, que lleva a cabo la pituitaria y que causa la aparición de las características sexuales primarias, secundarias y la capacidad de reproducción. Entre los cambios más visibles y primarios se encuentra que:

- Los órganos sexuales masculinos (el pene, el conducto deferente, la glándula prostática, uretra, testículos y escroto) crecen en desproporción al crecimiento general del cuerpo.
- El aparato reproductor femenino (ovarios, trompas de Falopio, vagina y útero) se desarrolla, aumenta de peso y tamaño, además de que a los 13 años aprox. se presenta la menarquía o primer ciclo menstrual (Casas e Ituarte, 2000; Mckinney et al., 1982).

Entre las características secundarias que ocurren son:

- La aparición del vello púbico y axilar, sudor, crecimiento de los senos, tejido adiposo en las caderas (ensanchamiento de la pelvis), flujo vaginal, estructura ósea típica de las mujeres y una ampliación de hombros.

- En varones aparece el vello público y axilar, sudor, el desarrollo del vello facial y cambios en la tonalidad de voz, espalda ancha, cadera estrecha, piel y cabello graso, aumento de apetito y sed, posible acné (Casas e Ituarte, 2000; Mckinney et al., 1982).

Debido a la estimulación y acción de las glándulas del sistema endocrino también se comienza a estimular y provocar cambios morfológicos importantes como es el crecimiento, el aumento en la estatura, llamado: "El arranque de crecimiento "; su punto de partida no es el mismo entre hombres y mujeres hay quienes empiezan a muy temprana edad y otros que maduran más tarde. En promedio empieza entre los 12 y los 15 años, sin embargo la velocidad máxima se presenta antes en las mujeres, pero nunca alcanza la misma intensidad que en los hombres, por eso los varones tienen a ser más altos que las mujeres adultas. Por su parte Mckinney et al. (1982), mencionan que los individuos de cuerpo mesomórfico (en promedio buena musculatura) suelen madurar más temprano que los que tienen una estructura corporal endomórfica (pesada).

Algunos de los cambios fisiológicos que ocurren en la adolescencia se presentan en la circulación, pues el ritmo del pulso disminuye, la presión sanguínea se eleva y la composición química de la sangre, hay también modificaciones en el metabolismo de la respiración, pues tiende a aumentar y la energía y en los productos de la función excretora. Los cambios metabólicos con la edad son mayores y menos variables para los niños que para las niñas, en las mujeres hay una rápida disminución al iniciar la menstruación. En los hombres la fuerza física va incrementando poco a poco (Horrocks, 1996).

1. 3. 2. Sociales

Anthony (1969, citado en Mckinney et al., 1982) menciona que las reacciones de los adultos hacia los adolescentes y la conducta de los adolescentes son reacciones estereotipadas fomentados por medios masivos de comunicación y en menor grado de profesionales que han escrito sobre la

adolescencia; describiendo al adolescente como: Un objeto peligroso y en peligro, un objeto sexual, un individuo inadaptado, un objeto de envidia, sin remedio. Así el adulto llega a responder a sus hijos como si éstos fueran la encarnación de las ideas negativas, en lugar de personas reales. Y los muchachos tratan de comportarse como los adultos, pues sospechan que así debe ser, lo cual confirma el estereotipo del adulto quien atestigua el comportamiento.

Por su parte, Hurlock (1980; citado en Martínez, Becerra y Hernández, 1996) expone que el grupo social espera que el adolescente domine cuatro tareas evolutivas: Que establezca relaciones estables y más maduras con adolescentes de ambos sexos, que desee y alcance un comportamiento socialmente responsable, que desarrolle las habilidades y conceptos intelectuales necesarios para desempeñarse como ciudadano y que logre una condición de mayor autonomía por medio de la independencia emocional respecto a los padres y de los adultos.

Generalmente se considera como una persona adulta a aquella donde su comunidad da por su puesto que está lista para aceptar responsabilidades y le privilegian de acuerdo a esta edad, en otras sociedades lo determinan por medio de ritos de pubertad, ritos de aceptación (graduaciones, debuts). Sin embargo una de las principales causas de los problemas a los que se enfrenta el adolescente comienzan cuando toma un papel y trata de desempeñarse en la sociedad y esta no le reconoce o acepta en su totalidad, lo cual le produce problemas y poco entendimiento con los demás, principalmente con los adultos (Horrocks, 1996).

1. 3. 3. Psicológicos

Actualmente, Rodríguez, Frías y Barroso (s. f.) mencionan que la OMS (1992) presenta una síntesis de las características psicológicas de la adolescencia:

- ❖ Elaboración de los duelos referentes a la pérdida de la condición infantil.

- ❖ Establecimiento de una escala de valores o código de ética propio.
- ❖ Búsqueda de pautas de identificación en el grupo de pares (adolescentes de la misma edad).

No obstante, a consecuencia de los procesos biológicos cerebrales y hormonales, tiene lugar una amplia transformación de la figura corporal, lo cual tienen grandes repercusiones en relación a lo psicológico. De ésta manera, Martínez et al. (1996) plantean que siendo que la imagen corporal tiene una gran importancia en la vida social de las personas y que ésta influye enormemente en la autoestima y autoconfianza, los continuos cambios que suceden en el cuerpo, durante la adolescencia se vuelven el foco de atención tanto de la sociedad como del chico (a) que se siente a menudo sorprendido por ellos. Por ello, algunos de los cambios psicológicos que ocurren al adolescente son:

- La figura corporal es en algunos casos lo que más preocupa al adolescente, provocándole dificultades de aceptación. Además, da pie a que ponga en tela de juicio su normalidad, pues está propenso al ridículo o rechazo de su parte hacia los otros o viceversa por el hecho de desviarse de alguna forma en la supuesta normalidad física y así, en un intento por ser normales y aceptables dediquen mucho tiempo y esfuerzo en su arreglo personal (Mckinney et al., 1982)
- Un mayor interés por la propia figura corporal, mostrándolo con las numerosas conductas de auto observación en el espejo, con la constante preocupación por la ropa y accesorios.
- Aún cuando la preocupación por el atractivo físico es constante en la vida del individuo; en la adolescencia cobra mayor importancia, ya que la autoestima de los muchachos se encuentra presumiblemente relacionada con la estima de una buena apariencia física y fuerza física (Mckinney et al., 1982) y citan estudios donde se indica que los muchachos que maduran temprano tienen cierta ventaja psicológica sobre sus compañeros que maduran tardíamente, tanto en la adolescencia como en la adultez; pues las chicas que maduran más tarde, presentan una imagen negativa,

una baja autoestima y una mayor necesidad de reconocimiento y los jóvenes que maduran temprano, dado que tienen una cierta ventaja heterosexual definida sobre sus compañeros, ya que su desarrollo es muy cercano al de las chicas de su edad, tienen una estima mayor de quienes maduran tardíamente. Por eso, Martínez, Becerra y Hernández (1996) mencionan que hay una relación entre atractivo físico y grado de aceptación social, ya que quienes son considerados como atractivos son mejor valorados y aceptados socialmente. Por lo que,

- El interés por el sexo opuesto conduce a una mayor atención a sus atributos físicos y al de los demás.
- Los sentimientos cambian y pueden variar frecuentemente; pueden sentirse mal, desesperarse, volverse muy susceptible, hasta sentir una gran alegría o tal vez busque la soledad o tratar de relacionarse con muchas personas
- Se queja de que a menudo sus padres intervengan dándoles consejos o crítica con amargura el que nadie se interese por él
- Siente que debe y trata de independizarse, aunque persiste la unión física con vecinos, padres, hijos, hermanos, y amigos.
- Cuestiona las reglas familiares, las actividades en familia, las normas morales que la rigen y pone cláusulas propuestas por él. También cuestiona la autoridad social, el sistema económico, la estructura autoritaria de la familia, por que no está dispuesto a seguir con ello y lucha por su libertad y autonomía
- Quiere construirse un mundo por sí solo. Por eso rechaza hasta los valores que recibió en su familia. Busca nuevas amistades y adquiere una cierta actitud de rebeldía y de crítica ante todo, partiendo esto, de su deseo de autoafirmación.

Así mismo, Martínez, Becerra y Hernández (1996), señalan que el adolescente debe romper innumerables lazos con la familia, basados en la autoridad, afecto, responsabilidad, respeto, fuerza del hábito; pues la independencia significa tener libertad personal para asumir la propia

responsabilidad en asuntos como la educación, opiniones políticas y la carrera profesional que seguirá si así lo decide.

En resumen, los diferentes escritos sobre adolescencia han hecho ver al adolescente como: Sensible, susceptible emocional, voluble, impaciente, conservador, inestable, perfeccionista y egocéntrica, que no ve más allá de sus intereses. Si bien es cierto que son muchos los cambios sociales y personales que se presentan en la adolescencia y que giran alrededor de la independencia del adolescente, como son la separación familiar, la elección de una vocación, la delincuencia, el abuso de las drogas, la paternidad libre, la disciplina académica, la explotación de la juventud, entre otros; también es de apreciarse que en este proceso, la sexualidad cobra una actividad mayor, por lo cual Monroy (1991) sugiere reflexionar la necesidad de una adecuada educación sexual en cuanto que sea analizada, planeada y sistematizada, para que entre otras cosas y como se muestra en el capítulo II y III, se evite poner en peligro su salud y la de los demás.

II. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La sexualidad forma parte del ser humano durante toda su vida, al desarrollarse junto con otras funciones del organismo, tanto en sus aspectos fisiológicos y psicológicos (Katchadourian y Lunde, 1983). No obstante, es en la pubertad cuando la sexualidad se despierta activamente, para después en la adolescencia por medio del aprendizaje y de la experimentación llegar a la madurez sexual (Domínguez, 2004).

Así como la sexualidad está presente en toda la vida del individuo, la desinformación y la ignorancia respecto a la sexualidad también lo está. Sin embargo durante la adolescencia es más crítica esa falta de información, debido a los cambios que experimenta, pues ocasiona dudas e inquietudes que pocas veces se resuelven adecuada y objetivamente, incluso muchos adolescentes comienzan su vida coital sin conocer los conceptos básicos sobre el sexo y sexualidad (Comfort y Comfort, 1986; citado en García y Medina, 1996). De tal manera que, ciertos acontecimientos como embarazos no deseados en adolescentes, las infecciones de transmisión sexual, el SIDA, el abuso sexual, las violaciones, muestran la urgente necesidad de orientar a los adolescentes sobre éstos temas (Rodríguez, Frías y Barroso, s. f.).

2. 1. Conceptos de la sexualidad

La sexualidad es un aspecto esencial en la vida humana y ha sido definida de diversas maneras, comúnmente la gente se refieren a ella como algo de lo que conocen y saben lo suficiente como para opinar, pero cuando se les pide una definición o idea concreta, se ven imposibilitados de proporcionarla (Döring, 2000). Godwald y Holtz (1983) señalan que el término sexualidad connota sentimientos entre personas cómo: El amor, comunicación, unión, compartir, tocar, cuidar, sensualidad, erótico. Lo cual según Döring (2000), indica que efectivamente, la sexualidad es un elemento presente y actual a lo largo de la vida de todos, pero

que no conocemos en forma definida y concreta, cuya comprensión cabal escape a nuestras posibilidades.

Por lo que, muchas personas pueden pasar gran parte de su vida o hasta la vida entera, sin tomar conciencia de la existencia de la sexualidad, sin el conocimiento real de su sexualidad y de la de los demás (Álvarez- Gayou, Sánchez y Delfín, 1986; Döring, 2000). De hecho, muchos adolescentes, inician su vida sexual sin conocimientos al respecto. Por tanto es ineludible revisar los conceptos de sexualidad elaborados por diferentes autores, así como los aspectos que cada uno implican, para posteriormente abordarlos en el programa.

De ésta forma, resulta pertinente comenzar mencionando y diferenciando las palabras que erróneamente se suelen utilizar como sinónimos de Sexualidad. Rodríguez et al. (s. f.), en listan las siguientes:

- *Genitalidad*: señala la utilización de nuestros genitales para obtener placer sexual, a partir de una relación coital con otra persona y/o de la práctica de autoerotismo (masturbación) en donde el placer sexual se logra sin la participación de otra persona.
- *Erotismo*: conjunto de sensaciones y reacciones de todo tipo que de algún modo se relaciona con la atracción sexual. El erotismo al suponer algún grado de excitación es una manifestación más bien de la sensualidad que es el placer de los sentidos (Fallas y Ververde, 2000).
- *Sensualidad*: es el placer de los sentidos (McCary y McCary, 1983).
- *Pornografía*: es un vehículo externo, creado por la civilización como medio para estimular artificialmente el erotismo y la satisfacción sexual. Para los expertos sobre el tema, la pornografía está asociada con lo obscuro y lo vergonzoso dentro del terreno sexual, ya que causan daño a la moral de una sociedad particular (McCary, McCary, op.cit), pues tal actividad es una degradación sexual (Uribe y Laredo, 2002). Una palabra muy relacionada con esto es la
- *Prostitución*, que consiste en un intercambio de dinero por sexo o cualquier tipo de prestación de favores o comercio (Casas e Ituarte, 2000).

- **Sexo:** son las características físicas, anatómicas (pene, vagina) y funcionales que distinguen y determinan a un individuo como hombre o mujer.
- **Género:** son las características, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades o cualidades distintivas entre hombre y mujer que se han construido culturalmente; es decir que la sociedad asigna y exige y que traen como consecuencia la identidad genérica (Ramírez, 1995; Galván, 2004). Por tanto, Género se refiere a los diferentes papeles que los hombres y mujeres desempeñan en la sociedad, a los derechos y responsabilidades que entrañan los papeles.

Una vez diferenciadas y con el fin de ubicar y esclarecer el concepto de sexualidad, diferentes autores, han elaborado algunas definiciones sobre Sexualidad.

La Sexualidad:

- Según Freud (s. f., citado en Döring, 2000), la sexualidad es esencial en la vida de cada uno, es la fuerza vital misma (lóbido), impulso que da y sostiene la vida del hombre.
- Katchadourian y Lunde (1992), aluden que sexualidad es aquella que tiene como metas principales la reproducción y la obtención del placer y los medios para expresar y obtener el amor.
- Masters y Johnson, (1976) la definen como una dimensión y expresión de la personalidad.
- Líbate y Talmadge (1987, citado en Fuertes y López, 1997) explican que es una fuerza primaria en la vida de cada individuo que implica procesos fisiológicos y psicológicos. Es el proceso de ser hombre o mujer, es la forma de cómo pensamos, sentimos y expresamos nuestro género, órganos sexuales, cuerpo, auto-imágenes, elecciones y preferencias
- Monroy, (1991) menciona que son las características biológicas, psicológicas y socio- culturales que nos permiten comprender el mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o mujeres. Es una parte de

nuestra personalidad, identidad y una de las necesidades humanas expresada por medio del cuerpo; es elemento básico de feminidad o masculinidad, de la autoimagen, autoconciencia y del desarrollo personal.

- Álvarez- Gayou et al. (1986) señalan que la sexualidad es un aspecto inherente al ser humano, para algunos es la fuente del placer y aceptación, para otros en su mayoría, origina problemas y conflictos de diversa índole.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1982) refieren que la sexualidad de cada persona va implícita en cada momento del desarrollo, además está determinada por la estimulación cultural y ambiental que favorece o dificulta que surjan las características y elementos potenciales de que está dotado. Así, Madueño (2004; citado en Rodríguez et al., s. f.) indica que Sexualidad es un concepto muy amplio que involucra cualquier tipo de interacción o relación entre las personas.

Por su parte en SIECUS, (1986) se puntualiza que la expresión de la Sexualidad es la suma de los sentimientos y conducta del individuo, no sólo como ser sexual, sino como varón o mujer, va más allá de las reacciones genitales y están constantemente sujetas a cambio en razón de la experiencia y el aprendizaje sexual. A esto se referían Uribe y Laredo, (2002) al esbozar que la sexualidad humana va más allá del placer y de las sensaciones.

A partir de lo anterior, el presente trabajo está de acuerdo con lo que refieren Fuertes y López, (1997), en cuanto a que, aún cuando el término sexualidad suele utilizarse como sinónimo de procreación, de genitalidad, de relaciones coitales, de orgasmo o de cualquier otra dimensión en torno a ella, no se le puede reducir a ello, pues si bien es cierto que forman parte de ella, también es cierto y considero, debe entenderse que la sexualidad es parte de nuestra identidad, de nuestra vida, que se expresa en nuestro estilo de vida, en nuestros papeles masculino o femenino, en la forma de expresar el afecto y comportamiento erótico. Expresados por medio de caricias, abrazos, besos y no solo con el coito vaginal; pues adoptando lo que Rodríguez et al. (s. f.)

manifiestan: Debe ser una expresión integral, que involucre aspectos biológicos (sexo), aspectos psicoafectivos, socioculturales, que sobrepasa, la función biológica, al ser una forma privilegiada de expresión amorosa a través del cuerpo, que se mueve en un ámbito social y cultural.

Así mismo, debe especificarse que la sexualidad tiene diferentes componentes que la definen, Álvarez- Gayou (1996); Monroy (1991); Fallas y Valverde, (2000, En Rodríguez et al., s. f.) citan las siguientes:

- **Sexo biológico;** se refiere a las características físicas (incluido el curso de nuestro crecimiento) determinadas genéticamente (Gotwald y Holtz, 1983). Según SIECUS (1986) la mujer normal tiene 2 cromosomas X y el varón normal un cromosoma X y uno Y. Sin embargo menciona que se han descubierto diferentes tipos de anomalías sexo- cromosómicas. Así, la sexualidad se manifiesta biológicamente, en las hormonas, en los genes, en el cerebro, en cada órgano de nuestro cuerpo, en su forma, en la manera de funcionar (Fallas y Valverde, 2000; citado en Rodríguez et al., op.cit).
- **Sexo de asignación;** es cuando se le asigna al individuo la etiqueta de hombre o mujer en función del aspecto de sus genitales externos.
- **Sexo psicológico o Identidad de género;** es la identificación psicológica (sentimientos o actitudes comportamientos, juegos, entre otras cosas) que va desarrollando el niño/a con uno u otro sexo. El sentir íntimo de ser hombre o mujer. Se establece a la edad en que el infante adquiere el lenguaje (entre los 2 y 3 años) es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos.
- **Sexo social o rol sexual;** es el comportamiento que los individuos adoptan por los requerimientos sociales en función de su sexo; por ejemplo: La forma de vestir, de conducirse, entre otras, según las normas y prescripciones dictadas por la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino.
- **Identidad u orientación sexual;** se caracteriza por una permanente atracción emocional, romántica, sexual o afectiva hacia individuos de un

genero en particular, es un componente de la identidad de la persona, que consiste de muchos otros componentes como la cultura, la etnicidad, el género y rasgos de personalidad, es un continuo que abarca desde la homosexualidad exclusiva hasta la heterosexualidad absoluta e incluye diversas formas de bisexualidad.

No obstante, la sexualidad en nuestra sociedad ha sido reprimida, deformada y encaminada a maneras poco placenteras y gratificantes para varones y mujeres, debido al hecho de que la sexualidad ha estado muy ligada a la moral y creencias religiosas de la cultura, al sistema legal, sus prácticas de crianza, así como a las actitudes que la gente tiene hacia los demás y hacia ella misma; por lo cual, no debería sorprender la diversidad en las actitudes y prácticas sexuales, lo que sí debe sorprender es la cantidad de adolescentes cuya conducta sexual conduce a un embarazo indeseado, enfermedades de transmisión sexual (Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

El problema se observa cuando los adolescentes y jóvenes tienen capacidades, deseos y conductas sexuales, la sociedad (padres, educadores e instituciones) no se las reconoce o acepta positivamente; sin embargo, ella misma, es más permisiva respecto a los horarios, lugares que frecuentan, viajes, que a su vez les ofrecen ocasiones para ser sexualmente activos (López, Carpintero, Fuentes, Hernández, Marcos, Martínez y Soriano, 1995) y que aunado a la desinformación, los mitos, las creencias, la falta de oportunidades y de espacios para su desarrollo, favorece las conductas de riesgo (Martínez, Becerra y Hernández, 1996). Además de que tales características junto con la falta de confianza en sí mismos y de manejo de sus propios potenciales hace a los individuos conformistas y fácilmente manipulables (Döring, 2000). Por tanto, es menester, reconocer y abordar tanto las conductas sexuales de los adolescentes, así como las consecuencias que éstas tienen, dado que algunas favorecen ciertas conductas de riesgo.

2.2. Conductas sexuales de los adolescentes

Si bien es verdad que la sexualidad ayuda a definir la identidad del adolescente, donde las creencias, suposiciones, mitos y prejuicios que intervienen en la constitución de la sexualidad determinan en gran medida las actitudes y comportamientos de los adolescentes en cuanto a la sexualidad; también es cierto que las personas, en especial los adolescentes no cuentan con los medios (material informativo, profesionales, lugares) disponibles que resuelvan sus dudas e inquietudes, lo cual tiene que ver con el hecho de que México sea un país que oculta y reprime la sexualidad, debido a la herencia judeo cristiana (García y Medina, 1996). Además, la sociedad les niega el acceso a información y material acerca de la sexualidad, sin importar que ellos como personas y en especial como adolescentes mantienen ciertas conductas sexuales a parte del coito y que de acuerdo con Martínez, Becerra y Hernández, (1996) deben abordarse por:

- La carga de sentimientos de culpabilidad; por ejemplo, hay quienes al tener prácticas autoestimulantes/ masturbatorias, experimentan ansiedad y culpa, debido a sus creencias morales
- Reacciones contrarias, pues la mayoría de los jóvenes mantienen una vulnerabilidad ficticia-frágil y errónea frente al hecho de contagiarse del SIDA, o por el hecho confiar en su buena suerte o sentimiento de inmunidad no utilizan un método anticonceptivos a pesar de disponer de ellos y conocimientos sobre el tema, (López et al. 1995), o prostituirse a costa de los preceptos legales (Venegas, 2000)
- El aislamiento que puede provocar, la práctica de ciertas conductas sexuales
- Las consecuencias que puede traer consigo (embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual),

Alcántara (1994) señala brevemente algunas conductas sexuales que los adolescentes suelen mantener:

- La Masturbación, en la adolescencia tiene la función de aliviar la tensión sexual, constituye una forma de experimentación sexual, les ayuda a identificar los patrones de excitación de su respuesta sexual, se dominan los impulsos sexuales, mitigan la soledad y puede ser una válvula de escape a la tensión y estrés.
- Las caricias son el contacto físico que la mayoría de las veces se hacen con miras de lograr la excitación erótica, sin llegar necesariamente al coito
- La Prostitución, pues en especial los hombres suelen recurrir a ello antes de iniciar la vida sexual a temprana edad o con una pareja estable
- La abstinencia o represión sexual, muchas veces considerada debido a miedos y prejuicios y no por una convicción dada por el conocimiento real, además es estimada solo para las mujeres
- Experiencias Homosexuales, que pueden ser en algunos casos y que aún cuando no sea la elección de la pareja futura, ni de la orientación sexual definida de la persona, los adolescentes suelen iniciar su vida sexual o mantener relaciones de este tipo en ésta etapa.
- Pornografía, regularmente la utilizan para satisfacer su curiosidad sexual e ignorancia.
- Relaciones sexuales en pareja y en grupo

Como ya se mencionó previamente, algunas o la mayor parte de éstas conductas sexuales, están ligadas o propician algunas conductas de riesgo, junto con otros factores que más adelante serán abordados; pues generan consecuencias negativas para su salud.

Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas, (1995) señalan que el enfrentamiento entre culturas, resultado de las migraciones y la influencia de los medios de comunicación, así como la transformación de la familia extendida a la familia nuclear o de un solo padre incrementan los desajustes que favorecen **conductas de riesgo** como: Alcoholismo, drogadicción, relaciones sexuales sin protección y/o a temprana edad, sin conocimientos. Rasmussen, Hidalgo y Alfaro (2001) agregan las relaciones en grupo y/o bajo la influencia de

alguna droga, y que según Pick et al. (op. cit) llevan al adolescente a sufrir suicidios, accidentes, dependencias hacia diferentes sustancias, enfermedades de transmisión sexual (ITS), abortos, embarazos no deseados y que afecta permanentemente la salud, además de traer consigo diferentes consecuencias médicas, psicológicas, educativas y económicas para el adolescente, familia y sociedad donde vive.

2. 2. 1. Factores que conducen a las conductas de riesgo

Rábago, Mendoza y Bravo, (1995), consideran que no debe soslayarse la influencia de factores que conducen al individuo a conductas que pueden ser desfavorables o de riesgo para su salud e integridad física, social y psicológica como son: La educación escolarizada, la iglesia, la familia, los medios de comunicación masiva, los valores y costumbres, las tendencias políticas, entre otros.

Se denomina como **Factor de riesgo**: A la característica o cualidad de una persona o comunidad que va unida a una mayor probabilidad de daño para su salud (Pick, Givaudan y Saldivar, 1996). Rasmussen et al. (2001) señalan que un factor de riesgo es aquel que por estar en la cadena causal, aumenta la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad o daño específico.

Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis (2003) reportan los siguientes factores que conducen a comportamientos de riesgo para la salud del adolescente:

Factores socioeconómicos. Gayet et al. (op. cit) observaron que los conocimientos, servicios, valores y actitudes contrastan dependiendo el contexto, pues son mayores en el área urbana en comparación de los del área rural, los grupos de baja educación y de bajos recursos; y por consiguiente tienen una menor prevención de los riesgos sexuales. Dada la evidencia de que las personas de bajos recursos tienen menos probabilidades de asistir a una escuela o de continuar estudiando, se considera que uno de los factores que contribuyen en el embarazo temprano es la deserción escolar (Ehrenfeld, 1994).

Factores Culturales. Dada la cultura tan diferente y el aislamiento de los beneficios que provee la sociedad moderna, los grupos étnicos están en desventaja respecto de lograr una actitud de sexo protegido. En contraste, la población que no habla una lengua indígena tiene 5 veces más probabilidad de usar condón en su primera relación sexual.

Factores Cognitivos. Se ha confirmado que el tener conocimientos de cómo prevenir las ITS, no es condición suficiente para que el sexo protegido ocurra, pues como lo mencionan Rasmussen et al. (2001) las personas consideran que el condón reduce el placer o tienen exceso de confianza en su pareja; sin embargo, tener conocimientos, si probabiliza el uso del condón. Por ello, un factor indiscutible es la falta de información, los mitos, las creencias, aunado a esto la baja percepción (invulnerables) que los jóvenes tienen sobre el riesgo al contagio del VIH o de embarazos o deseados (Pick et al. 1996; Martínez et al., 1996).

Factores Estructurales o ambientales. La educación, contexto rural y urbano influyen en el uso del condón en la primera relación sexual, pues demuestran que tener un nivel escolar de secundaria incrementa casi 2 veces la probabilidad de usar el condón, y el 2.6 en quienes tienen la preparatoria o mayor escolaridad, en comparación de quienes solo tienen la primaria. Tal como lo expresa Ehrenfeld (1994), la falta de una educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años de la escuela o desde otros ámbitos en la comunidad, es una de las causas que influyen en el inicio muy temprano y desinformado de la vida sexual, con frecuencia resultando en embarazos no planeados ni deseados en ese momento.

Martínez, Becerra y Hernández, (1996), resaltan que la falta de oportunidades y de espacios para el desarrollo, conocimiento y disposición de recurso incrementa los riesgos de infectarse de alguna ITS, SIDA, de embarazarse.

Respecto al *ambiente familiar*, se encontró que el poco apoyo familiar, unido al uso de drogas y problemas escolares, las prácticas homo y bisexuales, aumentan los comportamientos de alto riesgo para adquirir el VIH/ SIDA (Rasmussen et al., 2001). Por otro lado, el no tener una pareja estable y tener un mayor número de parejas en corto tiempo, así como tener relaciones con

desconocidos, prostitutas y con homosexuales aumenta el riesgo de adquirir una ITS (Cervera, Campos y Cano, 2001).

En relación al *ambiente laboral*, Rasmussen et al., (2001) revelan que el trabajar en hoteles genera conductas de riesgo, pues los trabajadores (en especial adolescentes) suelen tener relaciones sexuales con los huéspedes (y en algunos casos tienen relaciones sexuales en grupo), pues tienen la accesibilidad de tenerlas en el mismo hotel; sin embargo, éstas relaciones son en su mayoría desprotegidas y bajo la influencia de alguna sustancia tóxica.

Becerra (1995) señala que entre los **factores de orden psicológico** que favorecen las conductas de riesgo, en especial de la actividad sexual premarital en la adolescencia y de embarazos no deseados en adolescentes; se encuentran la baja autoestima, la inseguridad, el temor o sentimiento de rechazo, las bajas aspiraciones educacionales y de logro, la impulsividad o un déficit importante en el nivel de control de impulsos, la mala relación con los padres, y la carencia de creencias y compromisos religiosos.

Otro componente que favorece el comportamiento de riesgo y con ello de sufrir sus consecuencias es que la persona no sea asertiva, ni tenga confianza en si mismo, pues Garbarino (1985; citado en Becerra, 1995), plantea que una proporción importante de adolescentes mujeres reporta haberse sentido presionada a tener relaciones premaritales; por lo cual para hacer frente a la presión, el adolescente requiere de tales habilidades. Del mismo modo, Gayet, et al. (2003) plantean que además de los conocimientos, son necesarias otras habilidades como la capacidad de negociar, la percepción positiva del condón, la accesibilidad, entre otras.

Por su parte, Judd, Brindis, Rodríguez, Stern, Reartes, Del Castillo y Billings (2004) señalan que son cada vez más hombres y mujeres jóvenes que han llegado a considerar que la anticoncepción es una responsabilidad compartida, pero aún cuando las intenciones sean buenas, frecuentemente sus habilidades son limitadas en cuanto a comunicación y negociación y por esto no hablan sobre el papel de la anticoncepción con su pareja.

Por otro lado, Calderón-Jaimes (1999) sostiene que **biológicamente** los adolescentes son más susceptibles a las infecciones, pues tienen mayor probabilidad de contraer infecciones asintomáticas. Cervera et al. (2001) explican que el hecho de que los adolescentes sean más susceptibles a las ITS, se debe a la inmadurez de su sistema reproductivo (especialmente el de las mujeres), aunado a esto, el hecho de que los adolescentes sean más renuentes a solicitar consulta médica y en cambio optan por tratamientos empíricos que no tienen una base comprobatoria.

Tal como se ha venido indicando, la mayoría de las conductas sexuales que mantienen los adolescentes, así como algunas condiciones (ambientales, psicológicas, económicas, culturales), propician o favorecen situaciones que ponen en riesgo la salud física, social y psicológica del adolescente, pues traen como consecuencia o efecto, situaciones para las cuales los adolescentes no están preparados o que le cambian desfavorablemente la vida. A continuación se detallan algunos de los efectos.

2. 2. 2. Efectos/ consecuencias de las conductas y factores de riesgo

Una mejor manera de explicar y ejemplificar las consecuencias que en su mayoría provocan las conductas de riesgo, es revisando las estadísticas, especialmente las de México. De ésta forma se puede distinguir que; de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2000) la población mexicana se conforma aproximadamente por 97, 483, 412 habitantes, de los cuales el 56.8% tiene menos de 25 años y el 22% de los habitantes tiene entre 10 y 19 años de edad, es decir, que los jóvenes son quienes representan el mayor porcentaje de la población mexicana.

Sin embargo, la Unidad de Investigación, Enseñanza y Comunicación en Salud Reproductiva (UNISSER, 2002), indica que es en ésta población donde las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) predominan, principalmente en el grupo de los varones, pues representan un mayor índice de contagio. Judd, et al. (2004)

expresan que la incidencia anual de candidiasis urogenital y tricomoniasis urogenital en la población adolescente y joven (15-24 años) alcanzó niveles superiores a los de la población total, al igual que las ITS clásicas (sífilis adquirida, herpes genital y gonorrea).

Las tasas de ITS se han elevado sorprendentemente en México durante los últimos años y una de las enfermedades que provoca mayor preocupación es el contagio del VIH-SIDA, pues en 1998, el 30% de los casos de SIDA correspondía a personas de 20 a 29 años, que al parecer habían adquirido el virus durante la adolescencia. Además, el VIH se convirtió en la tercera causa de muerte en hombres de 25 a 34 años y en la sexta entre mujeres de la misma edad (UNAIDS/WHO, 1998; citado en IMIFAP, 2002). Judd et al. (2004) muestran que la cifra de casos con VIH se dobló entre 1995 y 2000, de 1.7 a 3.5 (respectivamente) por cada 100,000 jóvenes de entre 12-24 años de edad. La cifra continuo creciendo, pues para el año 2002 habían 68, 145 personas infectadas (INEGI 2000).

Actualmente, CONASIDA (2004) ha reportado 90, 043 casos de infectados del SIDA, de los cuales el 2.5% tienen 15 años y el 97.5% son mayores de 15 años (CONASIDA, 2004). Bruyn (2002) por su parte, declara que más del 50% de todas las infecciones nuevas por VIH (más de 7,000 por día) ocurren en adolescentes de 10 a 24 años de edad. Por otro lado, Alan Guttmacher Institute (AGI, 1998; citado en IMIFAP, 2002) apunta que: En México, un gran porcentaje de mujeres adolescentes comienzan a tener relaciones sexuales alrededor de los 16 años de edad y más de la mitad inician antes de los 20 años, de las cuales, más de una tercera parte tienen su primer hijo a esta edad o antes, además de que la tercera parte de éstos embarazos (en adolescentes) no son planeados, a pesar de que el 87% de las adolescentes tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivos modernos, sólo el 5% los utiliza; ello ejemplifica lo que Insúa (1999) expresa al citar que en muchos casos el nivel informativo de las personas no corresponde con la adopción de conductas preventivas y que el conocimiento sobre las formas de transmisión y prevención no tiene efecto directo sobre la acción preventiva, aunque si es posible que tenga un efecto indirecto.

Otra de las consecuencias de la práctica de conductas sexuales riesgosas, es el embarazo no deseado y el aborto. La Secretaría de Salud (2001) reporta que 366 mil de los nacimientos son de mujeres de 15 a 19 años. Así mismo, los últimos datos que declara el INEGI (2004) indican que para el 2002, el 17.2% de los nacimientos son de madres adolescentes menores a 20 años. Por su parte, Ehrenfeld (1994) explica que las adolescentes descubren que están embarazadas, sin haberlo planeado, sin haber tenido la oportunidad de experimentar las diferentes facetas de la vida en pareja en mejores condiciones; menciona que una cuarta parte son madres solteras y muchas otras viven en unión libre sólo debido a este fortuito embarazo, de las cuales se desconoce su futuro en cuanto a calidad, duración, condiciones de protección, afecto y bienestar (de la pareja y del niño). Además, manifiesta que el lapso entre la primera relación sexual y el inicio del embarazo es muy breve como para permitir a una adolescente conocer, reflexionar y tomar una decisión en lo que concierne al uso de algún método anticonceptivo.

Por otro lado, El Instituto Alan Guttmacher (1994; citado en IMIFAP, 2002) revela que en México sólo el 60% de los embarazos que culminan son nacimientos deseados, el 23% no son deseados y el 17% de los embarazos culminan en abortos inducidos. Bruyn (2002) menciona que los embarazos no deseados conllevan a 50-60 millones de abortos anualmente; de los cuales 20 millones son practicados en condiciones de riesgo, provocando el 13% de las muertes maternas en el mundo entero (y hasta el 60% en algunos países). En Latinoamérica, el 21% de las muertes maternas se deben al aborto en condiciones de riesgo. Mundialmente, el aborto en condiciones de riesgo causa 57 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. Bruyn (2002) puntualiza que hasta un 10% de todos los abortos ocurren entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad y es más probable que recurra a este método cuando el tiempo de gestación está avanzado, por lo cual corre mayores riesgos clínicos.

En lo que respecta a México, Judd et al. (2004) advierten que las fuentes difieren en las estimaciones del número de abortos anuales. Sin embargo, cita las siguientes: El INEGI reportó en 1998, 145.436 abortos, la CONAPO hablaba de

110.000 en 1996, cifra que ha mantenido hasta el año 2000, mientras el Instituto Alan Guttmacher (IAG) estima la cifra en 533.100 en el 2001. En el caso de las adolescentes, una estimación indica que la tasa de abortos por 1.000 mujeres (15-19) es de 13 % lo que resultaría en 66.000 abortos anuales en este grupo.

Éstas cifras advierten la necesidad de hablar de la sexualidad y sus diferentes tópicos, para reducir los factores que propician las conductas que ponen en riesgo la salud de los adolescentes y ejerzan una sexualidad sana. La *sexualidad sana* contempla, según Cerruti y Behar de Huino (1997; citado en Fallas y Ververde, 2000):

1. La capacidad para disfrutar las actividades sexuales y reproductivas que se encuentran regulados a partir de una ética personal y social
2. La ausencia de factores psicológicos como elementos efectivos (temor, vergüenza, culpabilidad) o cognitivos (creencias infundadas, mitos, prejuicios) que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales genitales o no genitales
3. La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan u obstaculicen la actividad reproductiva.

Ésta necesidad, puede cubrirse por medio de un programa de Educación Sexual dirigido y diseñado especialmente para los adolescentes, pero antes es necesario hacer una revisión acerca del cómo surge la educación sexual en México, bajo que condiciones y cómo ha evolucionado. Bajo éstos propósitos, se presenta el Capítulo III.

III. EDUCACIÓN SEXUAL

En el presente capítulo, se abordarán los siguientes temas: La definición de la educación sexual, así como de los objetivos de ésta, de aquello que lo justifica o se basa, con la finalidad de que se tenga claro lo qué es y así se explique de qué manera se ha desarrollado este tipo de educación, específicamente en México hasta nuestros días; en los cuales, como se observará, hay diferentes tipos o formas de llevar a cabo. Posteriormente se mostrarán las críticas y limitaciones que algunos expertos han identificado en los diferentes programas de educación sexual, que se han realizado no sólo en México, después se presenta un análisis crítico de algunos programas de Educación sexual realizados específicamente en México, para enseguida exponer las consideraciones generales al elaborar un programa de ésta índole y así, finalmente, manifestar cómo diseñar y planear la propuesta: Un programa alternativo de educación sexual para adolescentes.

De esta manera, se presenta la primera parte del contenido de este capítulo.

3.1. ¿Qué es la Educación Sexual?

Según SIECUS (2004), la educación sobre la sexualidad es un proceso de toda la vida que consiste en la adquisición de información y la formación de actitudes, creencias y valores acerca de la identidad, las relaciones y la intimidad. Además, la educación sobre la sexualidad abarca el desarrollo sexual, la salud reproductiva, las relaciones interpersonales, el afecto, la intimidad, la imagen corporal y las funciones del género. Por tanto, la educación sobre la sexualidad aborda las dimensiones biológicas, socioculturales, psicológicas y espirituales de la sexualidad.

De acuerdo con Romero (2000, citado en Romero, 2005) la educación sexual, es parte de una educación integral, que tiene sentido porque la

sexualidad es aprendible, porque es una necesidad humana y un derecho y si la sexualidad es aprendible, entonces debe ser parte del potencial humano a desarrollar en la niñez y en la juventud a través de una buena educación sexual.

Así, al planear una buena Educación sexual, es necesario tener claro lo que es, por ello, a continuación se citan algunas definiciones.

Reproductive Health Outlook (2004), define Educación sexual: Como el proceso de proveer capacitación y conocimientos sobre sexualidad; lo cual comprende tanto los aspectos físicos y emocionales de la salud sexual y reproductiva.

Pacheco (2003) menciona que la educación sexual es aquella en la cual se trata de impartir una información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social, ya que debe perseguir la realización de una sexualidad plena y madura que permita al individuo una comunicación equilibrada con el otro sexo, dentro de un contexto de afectividad y responsabilidad.

La Educación Sexual es de acuerdo con el Equipo Multidisciplinario del Instituto Nacional de Educación Sexual (1976): La parte de la educación general que incorpora los conocimientos bio-psicosociales de las capacidades de la sexualidad como parte de la formación integral del educando.

Boix (1976) señala; que es el conjunto de aprendizaje que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las demás personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad, comunicación, de respeto y de estima.

Así mismo, Espin (2003) indica que la educación sexual es la educación basada en la desaparición de la explotación de un ser humano por otro, es el principio de igualdad de oportunidades, es el respeto entre las personas, es enseñar a no discriminar a personas de orientación sexual minoritaria, así como aprender a amar y ser amados.

Las definiciones antes mencionadas, corroboran lo que Monroy (1991) y Espin, (2003) indican, respecto de que la educación sexual es mucho más que

una mera impartición o transmisión de conocimientos sobre reproducción humana, la anatomía y fisiología de los órganos genitales del hombre y la mujer, tampoco es una mera instrucción de técnicas sexuales, por una élite sabe lo todo (Monroy, 1991).

Entre otras cosas, la educación sexual previene diversos problemas, ya que puede ser una forma útil y eficaz de promover una mejor salud, de mayor calidad y que vista como un proceso de conocimiento personal integral (Físico, psicológico, sociocultural), o de gran alcance que permita al individuo mejorar su calidad de vida (Sex Information and Education Council of the United States: SIECUS, 1986).

Al respecto, Monroy (op cit.), enuncia que en la actualidad, conforme nuestra sociedad se aproxima a una actitud más positiva de la sexualidad, la educación sexual es considerada desde un punto de vista más amplio y como uno de los medios que ayuda al individuo a desarrollar su potencial creativo.

La educación sexual consta básicamente de 2 aspectos: 1) La formación e, 2) información; tal educación debe ser: Científica, racionalmente planeada y además basarse en el desarrollo psicosexual del individuo (Cadena, 1990; citado en García y Medina, 1996; Monroy, 1991).

De ésta manera, el presente trabajo conceptualizará como educación sexual a aquella parte de la educación integral que trata de proveer información y conocimientos sobre las capacidades bio-psicosociales de la sexualidad humana y que además contribuye en la formación de actitudes, creencias y valores respecto de la sexualidad, donde los niveles de espontaneidad, de comunicación, participación, respeto y estima son altos, es decir, que trae como consecuencia una buena interrelación con las demás personas. Además, la educación sexual tiene de manera puntual propósitos y fundamentos, señalados por diferentes autores e instituciones que han trabajado en ésta área y que se enlistan en el siguiente apartado.

3. 2. Objetivos

La educación sexual, como todo proceso educativo tiene el propósito de lograr cambios de comportamiento, que permitan al individuo funcionar eficazmente para vivir su sexualidad con una libertad cuyo límite sea la confirmación de su esencia social e históricamente determinada (como hombre o como mujer) (Monroy, 1991; Esparza, 2001).

De manera general, SIECUS (1986) cita los siguientes objetivos en educación sexual:

- Suministrar al individuo un conocimiento adecuado de sus propios procesos de maduración física, mental y emocional en el contexto del sexo.
- Eliminar temores y ansiedades relacionados con el desarrollo y el ajuste sexual del individuo.
- Fomentar actitudes objetivas y comprensivas respecto de todas las diversas manifestaciones del sexo, tanto en el individuo, como de quienes lo rodean.
- Proporcionar al individuo los conocimientos acerca de sus relaciones con los miembros de ambos sexos y ayudarlo a entender sus obligaciones y responsabilidades para con los demás.
- Enseñar a valorar la segura satisfacción que las sanas relaciones humanas pueden producir en el individuo y en la vida familiar
- Demostrar que es necesario contar con valores morales que proporcionan bases para la toma de decisiones.
- Impartir suficientes conocimientos acerca de los usos incorrectos y aberraciones del sexo como para que el individuo pueda protegerse de ser usado y de las lesiones a su salud física y mental.
- Inducir a trabajar por la construcción de una sociedad libre de males como la prostitución, las leyes sexuales arcaicas, los temores irracionales al sexo y la explotación sexual.

- Estimular la comprensión y el acondicionamiento necesarios para que cada individuo pueda utilizar su sexualidad eficaz y creativamente en sus diversos roles (cónyuge, padre, ciudadano).

Además, entre los puntos de vista que suelen justificar los programas de Educación en sexualidad, según Levesque (2000), están:

- ☉ Quienes de acuerdo a la frecuencia de no-protección del coito heterosexual y las consecuencias negativas asociadas con los embarazos precoces, proponen la educación de la sexualidad enfocada y basada en la abstinencia.
- ☉ Algunos lo hacen en términos del riesgo en la actividad sexual, especialmente para evitar contraer alguna Infección de transmisión Sexual (Rufo, 1997; citado en Levesque, op cit.).
- ☉ Otros, ante las violaciones, el hostigamiento sexual, la violencia conyugal, buscan ayudar a los jóvenes y futuros adultos para que prevengan conductas agresivas y dominen conductas que conducen a la violencia.
- ☉ Otros abordan el problema sobre la educación de la sexualidad, dirigiéndolo en términos del placer que la sexualidad ocupa en el ciclo de la vida. Proponen que la educación, simplemente debe partir de educación básica, que ayude a aprender, a adquirir información y comenzar la formación de actitudes, que le servirán para conducirse y ser productivos en la vida (Bruess y Greenberg, 1994; citado en Levesque, op cit.).
- ☉ Asocian la sexualidad con otras áreas del desarrollo personal, pues se especifica que los conocimientos son importantes, en este mundo cambiante, donde los medios hacen que los jóvenes reciban opiniones distorsionadas de la vida, falsa e incompleta información de la sexualidad, lo cual no ayuda a aprender, a adquirir la idea y comprender, para tomar una decisión responsable (Yarberg, 1994; citado en Levesque, op cit.). Esta opinión es ampliamente apoyada por los psicólogos que atienden el significado de la sexualidad en la

adolescencia, quienes normalmente incluyen el deseo sexual, el compromiso en la conducta sexual y la práctica de sexo seguro.

- ☞ Otros ven el problema en términos de la necesidad por dirigir las injusticias y reconsiderar la educación de la sexualidad como parte de la educación moral que debería enfocarse a la respectiva sexualidad de cada adolescente y su elección sexual (Lamb, 1997; citado en Levesque, op cit.), pues hay programas que niegan la realidad, cuando tienen que asumir que los jóvenes elegirán sus conductas libremente en la sociedad, o que deben confiar en ellos mismos y en que mantengan una buena salud (Donavan, 1997; Citado en Lévese, op cit.).

Tales justificaciones suelen basarse o guiarse en alguno de los extremos ideológicos que Levesque, (2000) identifica:

- ❖ La ideología restrictiva, que generalmente presenta una gran negativa sobre la sexualidad, buscan dominar la conducta sexual con leyes sociales estrictas y con el control moral. desaprueban la anticoncepción y las prácticas del sexo seguro, así como la masturbación, homosexualidad y las relaciones pre o extramaritales. Se caracteriza por basarse en el miedo, antisexo y antiprofilácticos (Kanfor, 1993; citado en Levesque, op cit.). El modelo fomenta en los adolescentes evitar la actividad sexual y asume que la mayoría de los adolescentes son incapaces de realizar análisis apropiados a las decisiones sobre la actividad sexual minimiza la instrucción de los conceptos sexuales y se enfoca en la abstinencia sexual como la ruta eventual más efectiva de madurez sexual y de salud (Richards y Daley, 1994; citado en Levesque, op cit.).
- ❖ La ideología permisiva, que generalmente ve la conducta sexual como un aspecto agradable de la vida, propone que una activa, agradable y satisfactoria vida sexual contribuye individualmente a un sentimiento de realización y salud psicológica, aceptan la homosexualidad (válida moralmente) y apoya muchas formas de evitar la conducta sexual

reproductiva, se caracteriza por abordar el sexo positivo, ser pluralista y comprensivo (Haffner, 1993; citado en Levesque, op cit.).

Aún cuando existen tales posturas ideológicas respecto de la educación sexual, sin embargo, tal como apunta Romero (2005), todas podrían coincidir en un objetivo común: Educar para una vida sexual gratificante, responsable, constructiva y realizante, vivida ya sea antes o después del matrimonio.

Finalmente, el interés por ésta área tan importante en la vida del ser humano, ha llevado a realizar trabajos científicos, para después crear escuelas y programas sobre educación sexual, en donde, tal como se explica a continuación, México no ha sido la excepción en cuanto a la educación sexual.

3. 3. Breve reseña histórica de la Educación sexual en el mundo

En todas las épocas de la historia, la sexualidad ha desempeñado un papel muy importante en todas las sociedades, pues estas presionan a través del proceso de socialización de la sexualidad que los individuos se comporten de una manera determinada y si alguien se sale de las pautas establecidas, sufren una fuerte depresión social encaminada a controlar sus conductas (Monroy, 1991). es por medio de la socialización de la sexualidad que la familia (y otros canales que se mencionarán más adelante), educa o transmite sus conocimientos y creencias sobre el tema, donde las maneras de hacerlo difieren y van desde aquellas culturas que rendían culto divino a la sexualidad, como lo hicieron los griegos, hasta las que duramente la reprimían, como sucedió en la edad media.

Alcántara (1994) asegura que la educación sexual surge como consecuencia de múltiples factores, entre los que se encuentran: Las investigaciones de antropología cultural y los procesos de industrialización, así como la teoría psicoanalítica, las cuales provocaron profundas modificaciones en las formas de vida de los seres humanos. Uno de los hechos más significativos que cita es el aporte de Sigmund Freud (1978, citado en Alcántara, 1994), quien

dio a conocer sus revolucionarias teorías sobre la sexualidad humana en las que entre otras cosas, demostró que la restricción de la sexualidad causaba neurosis, con lo cual se vislumbró la necesidad de una educación sexual más permisiva, además, sus explicaciones sobre conducta sexual condujeron a una verdadera revolución sexual, por lo que hombres y mujeres comenzaron a preocuparse por entender mejor el desarrollo de sus capacidades y habilidades sexuales.

Respecto de las investigaciones antropológicas, menciona que estas abrieron una nueva problemática, al señalar el papel de la cultura en el desarrollo de los sujetos, es decir, que el conjunto de normas, creencias, valores, costumbres, regulan la actividad sexual.

A partir de la postguerra (mundial) el interés por las técnicas sexuales creció a un ritmo sorprendente. Sin embargo, el estudio científico de la sexualidad es reciente, dado que los científicos le prestaban poca atención al considerarla como algo íntimo y personal. Fue hasta los 50's y principios de los 60's cuando se iniciaron investigaciones con una metodología científica sobre la sexualidad, las cuales permitieron el nacimiento de la sexología como ciencia. Entre estos estudios destacan los que realizaron los doctores William H. Masters y Virginia Jonson, Helen S. Kaplan, Shere Hite, Alfred Kinsey y Wilhelm Reich entre otros. Tales estudios aparecieron entre 1920 y 1980, además han sido revisados, imitados y ampliados considerablemente desde entonces.

La década de los 60's, trajo un cambio decisivo, ya que la sexualidad se consideró desde entonces como una cualidad única del ser humano para lograr una unión anímica y física con sus semejantes, cambiando sustancialmente la actitud de las sociedades hacia el conocimiento de la sexualidad y sus manifestaciones.

Así, en 1975 la Organización Mundial de la Salud (OMS) (citado en Monroy, 1991) estableció el derecho a la *Salud sexual*, la cual definió como: La integración del ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilita las posibilidades de comunicación y de dar y recibir amor. Así mismo, declara que toda persona tiene derecho a recibir información y a

considerar el aceptar la relación sexual como fuente de placer y como medio de reproducción. De tal forma que, establece el placer sexual, como uno de los derechos humanos, donde el objetivo primario (reproducción) de la sexualidad dejó de serlo y se independizó la obtención del placer (Domínguez, 2004).

Los 70`s fue una década donde sucedieron grandes cambios en el campo de la sexualidad por el uso de anticonceptivos y métodos efectivos para el control natal. Además, es a partir de las investigaciones científicas sobre sexualidad, de lo estipulado legalmente y de la extensión de la urbanización e industrialización, la educación sobre sexualidad corrió por parte no sólo de las familias e Iglesia, pues se implantó la educación sexual de manera formal en las escuelas del Occidente, sobre todo en países como Estados Unidos, Suecia, Francia, Alemania, Noruega, Dinamarca e Inglaterra. Educación que se centraba generalmente en la prevención y reducción de las disfunciones sexuales (Kirby, 1992; citado en Levesque, 2000).

De acuerdo con Lledgept y Lielrmich (1996; citado en Levesque, 2000) en la actualidad, los programas se ocupan de proveer información básica, sobre cómo protegerse de los embarazos no deseados y de las enfermedades de transmisión sexual, ofreciendo oportunidades para la clarificación de los valores, es decir, que los jóvenes aclaren sus valores y finalmente se enfocan a la práctica del sexo seguro y las conductas sexuales placenteras; no obstante, la propagación de valores, creencias y prejuicios que impiden el desenvolvimiento sexual despejado de culpa e ignorancia no ha cambiado (García y Medina, 1996).

Probablemente debido a lo que Bazant (1996) menciona; que los procesos educativos en general, han estado sujetos a las ideas y creencias, principios y valores, tradiciones y costumbres de la sociedad, Situación por la que México no es la excepción, tal como se muestra en el siguiente apartado.

3. 4. Desarrollo histórico de educación sexual en México

Desde la época prehispánica, en México, *la socialización de la sexualidad* fue común la doble moral entre los sexos, donde al hombre se le han otorgado más libertades que a la mujer, entre otras cosas (Alcántara, 1994). Tal socialización ha sido transmitida principalmente a través de la familia y a partir de la conquista, la Iglesia también lo ha hecho, pues desde esa época, se le encomendó la tarea de educar a las personas sobre la sexualidad, la cual hasta la fecha se ha caracterizado por su carácter represivo, que crea ignorancia y confusión en torno a la sexualidad, dado que gran parte de sus enseñanzas se encuentran cargadas de valores judeocristianos, tales como: La conservación de la virginidad y realizar coito sólo con fines reproductivos, lo que hacer conceptuar a la sexualidad como algo prohibido y malo (García y Medina, 1996).

En México, los antecedentes de la *educación sexual* como tal, es decir, vista como una transmisión de información planificada respecto a temas relacionados con la sexualidad, parecen remontarse a los inicios del siglo XX, ya que de acuerdo con Espin (2001), la historia de la educación pública en el México del Siglo XX, registra en la primera década, durante el Porfiriato (dos años antes de que estallara la Revolución de 1910), programas de educación sexual de carácter preventivo y de salud pública, pero que debido a su orientación hizo que la operación de los mismos recayera en la Secretaría de Salud, pues se sustentaban en los valores morales de la clase plutocrática afrancesada, en los modelos victorianos del bien hacer y ser.

En 1912 y 1913 la Universidad Popular Mexicana organizó los primeros ciclos de enseñanza de educación sexual, en los cuales, los contenidos se limitaban a enfermedades de transmisión sexual, salud materno-infantil y puericultura, tales programas de educación sexual era de carácter preventivo (García y Medina, 1996).

Según, Rodríguez (1996; citado en Espin, 2001) en 1932, como producto del ejercicio de los gobiernos revolucionarios, que se definían como socialistas y anticlericales, la Secretaría de Educación promovió el primer Proyecto de

Educación Sexual dirigido a los niños de 5º y 6º grado de educación primaria, incorporando sus contenidos a los cursos de historia natural e higiene escolar, se crearon materiales impresos acerca de cómo dar información sexual dirigido a los padres y se planteó que la escuela sería un agente educativo en aspectos sexuales, puesto que los docentes podrían prepararse mejor (García y Medina, 1996).

Entonces, la Iglesia Católica aliada a las “buenas familias”, defensoras de la decencia y la moralidad, incendiaron la prensa con ataques y reclamos de los padres de familia a quienes decían representar y a cuyo nombre exigían el derecho irrestricto y exclusivo de luchar contra la criminal iniciativa y brindar educación sexual a sus hijos en el seno del hogar, bajo el resguardo de la más grave intimidad y con pleno apego a la buena tradición. Ello evidenció a las personas que impulsaban la educación sexual y aquellas que la consideraban negativa, al pensar que la información despertaría curiosidad (García y Medina, 1996). Sin embargo, esta resistencia costó la renuncia del entonces Secretario de Educación y la detención de los programas de educación sexual propuestos (Esparza, op cit.).

Posteriormente, en los 50´ se propusieron reformas educativas y se reflejaron en los libros de texto, cuyos contenidos se dividían en áreas como: Matemáticas, Español, Ciencias Sociales y Ciencias Naturales, en la cual se introdujo la educación sexual donde el tema central era proporcionar información sobre la reproducción humana (García y Medina, op cit.).

De acuerdo con Esparza (op cit.) en la década de los 60`s a consecuencia del impacto de la expansión demográfica, se demandaron mejores y mayores servicios educativos a nivel básico y superior; por otro lado, la exigencia de los Estados Unidos de cumplir los acuerdos de la Alianza para el Progreso firmada diez años antes, combinada con las políticas mundiales sobre el control de la natalidad dirigidas a los países subdesarrollados o del tercer mundo; dio como resultado la formación del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el año de 1976. Así, la CONAPO se destinó para la investigación, diseño curricular y

entrenamiento a educadores sobre la sexualidad, para lo cual, se plantearon 5 objetivos a trabajar:

- Motivar a un cambio de actitud y de valores.
- Promover cambios en los roles estereotipados de la mujer y el hombre, para una organización más equitativa.
- Promover la integración familiar por medio de actividades y valores que hagan del sexo una fuerza creativa para las relaciones interpersonales positivas, para tener una organización familiar con base en el mutuo respeto y mayor participación en la educación de los hijos.
- Aceptar el control natal.
- Establecer un Instituto Mexicano de Educación Sexual (CONAPO, 1982).

Así se creó el Programa Nacional de Planificación Familiar, financiado por el Gobierno Mexicano. Este programa reconocía la salud sexual como el sustento y sustrato educativo de los programas, por lo que ofrecía servicios de educación sexual en las instituciones públicas de salud, en las escuelas, y directamente en la comunidades marginadas y rurales (CONAPO, 1982). Los contenidos escolares y de educación extraescolar, la población señalada como objetivo, la pedagogía y la técnicas didácticas y de difusión, estaban cargadas según Espin (2001) de una ideología apropiada para los oprimidos, en cuanto a la modificación de los comportamientos y prácticas sexuales se basaban en la ignorancia pero sobre todo, en la pobreza, al considerarla como la causa potencial causa y su castigo.

Posteriormente, se fundaron diversos organismos no gubernamentales que se ocupaban (y siguen ocupando además de otras señaladas más adelante en la situación actual) de la educación sexual, como fue: El Centro de Orientación para Adolescentes (CORA) en 1978, El Instituto Mexicano de la sexualidad (IMESEX) que forma terapeutas y educadores (SIECUS, 1986).

De ésta manera, la educación sexual fue incorporando al campo médico, cuando la Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA) promovió un programa permanente para la salud de las madres e hijos. Así mismo, el Instituto Mexicano

del Seguro Social (IMSS) y Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado (ISSSTE); siendo las primeras instancias gubernamentales que pusieron en práctica programas de educación sexual (García y Medina, 1996).

Al incorporarse la educación sexual a los programas habituales de operación gubernamental, el fundamento de los programas consistía en la reducción de los índices de demográficos. Sin embargo, el SIDA vino a ser en los 80`s un nuevo detonante, la mortal enfermedad, que sólo se conocía por sus formas de transmisión y efectos, pero asociada a las prácticas homosexuales y a la prostitución, lo que favoreció la aceptación de la necesidad de promover nuevos comportamientos y prácticas sexuales a través de estrategias fundamentadas en las acciones preventivas (Espin, 2001). Entonces, la educación sexual fue el recurso por excelencia, planteada como requisito para una vida de calidad y dirigida a las generaciones jóvenes de adolescentes y niños, incluso de preescolar. De tal manera que El Programa para la Modernización Educativa de 1989, (SEP, 1989; citado en Esparza, op cit.) relacionaba la información con los cambios biológicos de la adolescencia, contemplaba el abordaje de asuntos referidos al desarrollo psicosocial y afectivo y desde luego al problema del SIDA, ampliándose la información a los progenitores a través de las Escuelas para Padres.

Por lo anterior, se puede distinguir que la educación sexual siempre ha existido, ya sea por medio de la socialización de la sexualidad o por medio de la educación sexual que surge a partir de las leyes y realización de programas educativos que se caracterizan por regirse bajo objetivos específicos, las cuales están derivadas de las investigaciones (Alcántara, 1994).

3. 5. Situación actual

En nuestros días, el país forma parte de políticas y programas de una gran diversidad de entidades públicas y privadas; existen propuestas que reflejan el

estado de negociaciones entre los programas de educación formal, las instituciones de Salud y planificación familiar, las organizaciones no gubernamentales y los movimientos contestatarios (García y Medina, 1996).

Al respecto, en el artículo 14 del Reglamento de la Ley General de Población (2004, citado en GIRE, 2004), donde se destaca el derecho de toda persona a obtener información general e individualizada sobre los objetivos, métodos y consecuencias de los programas de planificación familiar, con la finalidad de que los individuos estén en aptitud de ejercer con responsabilidad el derecho a determinar el número y espaciamiento de sus hijos. El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2004) refiere, es que en México, una de las obligaciones de la Secretaría de Gobernación es promover ante las dependencias competentes las medidas necesarias para “realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen los organismos privados se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre.

De ésta manera, explicita que en El Programa Nacional de Salud 2001-2006 (vigente), los grupos prioritarios son las poblaciones rurales y urbano-marginadas, los adolescentes y las comunidades indígenas. En este programan, uno de sus objetivos, es promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los mexicanos tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo, para así y mediante la oferta sistemática de métodos anticonceptivos y la prestación de servicios de buena calidad, contribuir con la disminución de embarazos no planeados y no deseados; siendo así el programa que establece los lineamientos generales para la aplicación de las políticas oficiales respecto al tema y cuya ejecución corresponde específicamente al Programa de Acción de Salud Reproductiva, el cual define estrategias para que las mexicanas y los mexicanos disfruten de una vida sexual, reproductiva y post-reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluto respeto a su libre decisión. Las actividades previstas en estos dos programas deben seguir las directrices de las normas oficiales vigentes, entre ellas destaca la Norma Oficial Mexicana de los

Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993), cuya última actualización entró en vigor el 22 de enero del 2004, su finalidad primordial consiste en unificar los criterios de operación, políticas y estrategias para los servicios de planificación familiar (enfaticando en la anticoncepción de emergencia y el condón femenino como métodos para regular la fecundidad.) en el país, dentro de un marco de libertad y respeto a las decisiones de las personas.

Así pues, se puede detectar un rol fundamental en términos diferentes normativos y de cobertura, pues lo que aparezca o deje de aparecer en los programas oficiales (dado el carácter nacional y de obligatoriedad), simbolizan los avances logrados al respecto. En la educación no formal, las instituciones de salud (públicas y privadas), dedicadas principalmente a la planificación familiar, ofrecen servicios de educación sexual (talleres, cursos, pláticas informativas) con una temática más amplia aunque de menor cobertura (García y Medina, 1996).

A partir de los 90`s se ha ido cambiado el contenido de los temas sobre sexualidad en los libros de texto de educación secundaria, editados por la Secretaría de Educación, Cultura y Bienestar Social (1994), pues anteriormente se centraban en dar información de tipo anatómico y fisiológico del ámbito sexual, prueba de ello es el libro de **Biología de segundo y tercer año de Secundaria**. Sin embargo, desde 1997, cambiaron esos textos de apoyo que otorgaba la Secretaría antes mencionada, por los libros: **Formación Cívica y Ética 2 y 3**, los cuales incluyen temas sobre sexualidad, donde no sólo revisan la reproducción, sino también el género y el erotismo, las emociones, las responsabilidades en las relaciones sexuales, los métodos anticonceptivos, qué son, cómo se usan, así como sus ventajas y desventajas, incorporando el aspecto psicológico, incluido lo afectivo, lo emocional, lo conductual, la identidad y las creencias, así como un punto de vista sociológico al contemplar las costumbres, valores, creencias y relaciones sociales. Además, en la actualidad, hay otros textos que se pueden adquirir en las librerías y cuyos contenidos abarcan éstos y otros aspectos con diferentes dinámicas para el aprendizaje.

Sin embargo, de acuerdo con Espin (2001), la puesta en marcha de los programas, no ha dejado de experimentar la resistencia organizada por parte de grupos abiertamente identificados, como son los religiosos y otros enmascarados, pero coincidentes en propósitos y argumentos; a tal grado que la Secretaría de Educación Pública no ha querido pagar el precio político de incluir en los planes de estudio de educación primaria, secundaria, técnica y preparatoria asignaturas específicamente enmarcadas en la temática y los propósitos de la educación sexual; al contrario ha cedido terreno eliminando temas tanto en los textos oficiales de primaria como en los programas de biología en la educación secundaria y técnica y peor aún en las universidades, pues en sus planes y programas curriculares no se consideran contenidos en cuanto a educación sexual, inclusive en las Escuelas de Psicología no hay estudios específicamente orientados a la sexualidad humana, su conocimiento, comprensión, su educación o terapéutica; por lo cual tienen que abordar tales temas en programas extracurriculares como son los congresos, bajo la modalidad de conferencias, cursos talleres o seminarios.

Según Alcántara (1994), García y Medina (1996), en México se intentan reunir esfuerzos para que la educación sexual se imparta en las escuelas, pero ahora también se busca que sea apoyada por la educación familiar.

Ante la falta de educación sexual, tanto en las instancias gubernamentales, como en los sistemas educativos, se han intentado llenar por las instituciones societarias, generalmente sostenidas por fundaciones y organizaciones internacionales, de tal manera que aparte de haberse ampliado la información que proporcionan los programas, también las instituciones que se dedican a impartir educación sexual han incrementado, por ejemplo: CONASIDA, Compañeros de Ayuda Voluntaria Educativa (Becerril y Landa, 1987), El Grupo de Información y reproducción Elegida (GIRE).

Otras de las organizaciones que según Alcántara (1994) enfocan a la promoción de cambios sociales y culturales para que las personas vivan una sexualidad sana y dar soluciones a la explosión demográfica, son: La Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES, citado en García y Medina, 1996), El

Instituto Mexicano de Investigación sobre la Familia y Población (IMIFAP), que surge en 1985, La Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM). Dichos grupos han trabajado arduamente, pero no es suficiente ya que tenemos un país de dos millones de kilómetros cuadrados, con una gran diversidad geográfica y cultural que dificulta los accesos a las comunidades y su población; por lo que la magnitud de tarea es muy amplia (Esparza, 2001).

A la fecha, los trabajos de Educación sexual, han tomado como línea central programas de orientación sexual y anticoncepción, fundamentados en la necesidad de información acerca de la anatomía y fisiología de la reproducción, así como en las medidas para prevenir embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, de tal manera que han ido ampliando sus contenidos (Rábago, Mendoza y Bravo, 1995). Con ello, se ha observado que el control natal y la planificación familiar han sido los temas más trabajados en educación sexual, sin embargo, como declara Levesque (2000), con la propagación y aumento en los enfermos de SIDA, recientemente se ha tratado de brindar estrategias de protección sexual a los niños y adolescentes.

A partir de lo antes mencionado, actualmente el tema es difundido no sólo por médicos y educadores, sino también por antropólogos, psicólogos, pedagogos (Alcántara, 1994).

Como se ha podido observar, la construcción social de la sexualidad en México es un proceso heterogéneo y continuo, nutrido por distintos lenguajes sociales que tienen origen en distintas épocas, clases y grupos sociales. Tal pluralidad es parte de un proceso más amplio de transformación que las culturas mexicanas experimentan como resultado de su relación con la modernidad; esto ha contribuido a que la construcción de la educación sexual en México sea parte de un proceso de cambios estructurales que influyen en las prácticas sexuales de los individuos (CONAPO, 1982). No obstante, en México hablar de sexualidad, especialmente del área sexual, sigue siendo un tabú, dado que México sigue siendo uno de los países que la ocultan y reprimen, a pesar de que se ha demostrado que el hecho de no hablar o hacerlo de manera errónea ocasiona que muchos niños crezcan sin tener información objetiva relacionada con la

sexualidad, lo cual evidencia una vez más la necesidad de la educación sexual (Álvarez, 1986; citado en García y Medina, 1996).

Ahora bien, mediante el trabajo que se ha realizado en cuanto a la educación sexual, se han identificado 3 tipos y a continuación se expondrán brevemente.

3. 5. 1 Tipos de educación sexual

La educación sexual puede ser proporcionada de manera formal, no formal e informal (Cadena, 1990; en García y Medina, 1996; Monroy, 1991). Según Arias y Melesio, (1988; citado en Alcántara, 1994) la sexualidad se imparte de tres maneras:

- a) Educación de la Sexualidad Formal. Se basa en el conocimiento e **información** científico y teórico, es de carácter pedagógico (ubicándose en la escuela), se apega más a desarrollar los conocimientos, aún cuando no se contemple la formación de actitudes y valores. El **proceso formal** es la planeación de los procesos de aprendizaje de manera directa o indirecta, en relación con el patrón de conducta y de experiencias sexuales y con los valores en cuanto a la sexualidad (clases, pláticas, conferencias, libros, películas con formación sexual dirigida y sistematizada) (Monroy, 1991).
- b) Educación No Formal de la Sexualidad. Es la formación sexual recibida de manera no intencionada de actitudes, normas y valores acerca del sexo, por el medio ambiente, en la interacción cotidiana con la familia, religión, comunidad y compañeros; y quizá su carácter no formal está cargado de actitudes y valores poco realistas sobre la sexualidad. La información puede ser derivada de las actividades diarias, del cómo los adultos viven su sexualidad y la de los demás (Monroy, 1991).
- c) Educación Informal de la Sexualidad. Es realizada por las instituciones en las que se forman grupos o talleres de educación de la sexualidad, que no solo pretenden ampliar los conocimientos, sino modificar valores,

actitudes, conductas y creencias. Se proporciona **información** teórica, científica, completa y veraz como formación de lo que implica la sexualidad. Comprende aspectos como la reflexión, el cambio y la acción, es decir, auto-replantear nuestra sexualidad para lograr un cambio (Becerril y Landa, 1987). Los medios son los cursos, conferencias o información escrita en folletos, libros, audiovisuales y revistas.

Finalmente, tal como apunta Levesque (2000), la diversidad en forma y contenido marca las posibles formas de educación, aún cuando algunas se enfoquen más en la prevención y reducción de disfunciones sexuales.

A partir de lo anterior, en el presente trabajo, se propone, realizar un programa de educación sexual de tipo informal, dado que se pretende realizar un taller donde se amplíen los conocimientos (teóricos, científicos), se modifiquen creencias y conductas por medio de la reflexión y acción, para reconstruir y replantear la sexualidad de los adolescentes participantes.

Para realizar un programa de ésta índole, es necesario revisar aquellas limitaciones y críticas que expertos en el tema ha identificado en programas llevados a la práctica y que no han tenido el impacto y el cambio en la percepción y ejercicio de la sexualidad de la población a la que se han dirigido; para finalmente, en la propuesta que se va a desarrollar en este trabajo intentar disminuirlas y eliminarlas en lo posible. Por lo que en el siguiente apartado se describen algunas de las limitaciones que los programas de educación sexual generalmente presentan de acuerdo con diversos autores y que tienen que ver con el contenido e información, la duración, las estrategias, posturas ideológicas, entre otras cosas.

3. 6 Limitaciones generales de los programas de educación sexual

Rábago et al. (1995) refieren que los contenidos de los programas de Educación sexual han tenido algunas características desfavorables, las cuales,

Levesque (2000) define como factores que favorecen al fracaso de los resultados de los programas de educación sexual. Y que a continuación se citan.

En primer lugar, Levesque (op cit.) menciona que el contenido curricular de los programas de educación sexual tiene sesgos respecto a la información que presenta y resulta incongruente en la práctica, lo cual conlleva al continuo fracaso del diseño e implementación de programas efectivos de educación sexual. Básicamente, en los programas, resaltan 2 aspectos:

- a) Que la educación de la sexualidad está cargada de moralidad y en ellos ya sea explícita o implícitamente se comunican imágenes de los roles de género, cuidados, conceptos de normalidad y concepciones de una buena sociedad desde su ideología restrictiva y moral.
- b) Que aún cuando el sistema legal reconoce y establece que los adolescentes tienen derecho a gozar de una buena salud sexual, pocos adolescentes logran ejercer sus derechos, dado que la sociedad e instituciones de salud niegan, obstaculizan el acceso y censuran su ejercicio sexual.

De manera más detallada, Levesque (op cit.) observa que aún cuando se ha reportado un incremento en el conocimiento de los jóvenes, los programas de educación de la Sexualidad son sesgados e insuficientes, en cuanto a la libertad de incrementar los conocimientos que podrían impactar en las conductas sexuales preventivas, pues no se enfoca en otros campos potenciales que influyen en la conducta sexual, tales como: Las conductas sexuales de riesgo, creencias erróneas, los valores familiares (no tener relaciones sexuales antes del matrimonio), las medidas de exposición (sexo sin protección, prácticas sexuales en grupo, práctica del sexo bajo el efecto de alguna droga), la elección de pareja (sexual y/o estable, estable, pero no sexual) y relación de pareja. Confirmando así lo que Valois, Roth, Momgomery y Waring (1995; citado en Levesque, 2000) señalan, sobre que los cursos de educación de la sexualidad no son adaptados para lograr cambios -entre ellos los textos- pues no tienen modificaciones en sus contenidos y enfoques sobre educación sexual. Debido a este sesgo, es

frecuente que estos programas sean aburridos ya que, proveen información que los jóvenes ya tienen, escasamente les proporcionan información de interés y que desconozcan; por lo cual los chicos los ignoran, no asistiendo o no prestando atención a temáticas y dinámicas que les ofrecen.

Así mismo, hacer referencia a que por medio de la información los individuos pueden tener una vida sexual más placentera y con experiencia (Barragán, 1991); en la práctica llega a resultar contradictorio porque de acuerdo a la experiencia personal aún cuando se sabe que la información está y hayan diferentes medios para difundirla (exposiciones de sexualidad como la que se llevó a cabo en Torre Latinoamericana de México en el 2004, talleres), muchas veces los adolescentes y jóvenes no la toman en cuenta o no muestra el interés que en verdad se tiene porque no son accesibles económicamente y geográficamente a la población, no se les da difusión y como lo refieren García y Medina, (1996); resulta repetitivo a nivel fisiológico, es decir reservan aspectos que son más inquietantes y/o las actividades provocan aburrimiento, poco interés y participación, pues colocan al participante en el papel de espectador pasivo y sólo tratan de transmitir la información, siendo que, los adolescentes según su desarrollo psicosexual tienen respectivamente diferentes expectativas, actitudes y conductas respecto a éstos temas. Además, no toman en cuenta otros aspectos de la sexualidad y de las habilidades que permitan a los adolescentes tomar decisiones y comportarse de manera eficaz con respecto a su sexualidad.

Por su parte, Monroy (1991) apunta que, la mayoría de las veces se presta más atención a la parte de información planeada y se ignora la que se da de forma constante a través de los mensajes no verbales, pues se ha confirmado que en general, es más fácil incrementar el nivel de conocimientos correctos que eliminar los mitos o creencias arraigadas en los distintos colectivos, pues aún cuando está demostrado que aún cuando las personas dispongan de información correcta, si continúan con abundante información incorrecta, se contribuirá en el mantenimiento de tales mitos y tabúes sexuales (Insúa, 1999). A ello se refiere Rábago et al. (1995) cuando mencionan que los programas restan importancia a otros factores que contribuyen a los problemas sexuales que viven los

adolescentes, señalando los siguientes: La educación escolarizada, la iglesia, la familia, los medios de comunicación masiva, los valores y costumbres, las tendencias políticas, entre otros.

En segundo lugar, se puede observar los factores metodológicos, pues de acuerdo con Martínez, Becerra y Hernández (1996) la metodología utilizada para dar información es inadecuada. Tal aseveración ha sido confirmada según Levesque (op cit.), pues revela que los estudios de evaluación a los programas de Educación sexual, generalmente atribuyen el fracaso o poca eficacia de los programas a los problemas metodológicos (en cuanto a estructura del programa, objetivos, forma y contenido, así como las necesidades de la población) que éstos tienen y de los cuales aún cuando se han identificado, no se ha trabajado en ello para darles solución.

Un ejemplo específico de tales errores, es el que Barragán (1991) deja ver en algunos de los principios metodológicos que propone desde el enfoque constructivista, pues como se muestra enseguida, algunos resultan idealistas y obsoletos, por su gran dificultad al llevarlas a la práctica (Los que son pertinentes y aplicables se citaran en el apartado de factores y consideraciones generales al realizar un Programa de educación sexual).

- ◆ Asegurar que los temas y contenidos se incorporen a los intereses de los participantes. No se puede *asegurar* esto, pues aún cuando se hagan estudios sobre los intereses de los adolescentes, en el tiempo transcurrido entre la planeación y acción del programa, los integrantes a los cuales estaba dirigido el programa puede no ser el mismo aún si son las mismas personas, pues el ser humano está constantemente en actividad de cambio en cuanto a sus ideas, conocimientos, intereses, entre otras.
- ◆ Construir un programa planificado, abierto y flexible. El primero, así como el tercero resultan viables, sin embargo, “abierto” puede resultar ambiguo, dado que no tiene el mismo significado para una persona con valores morales muy arraigados, que para quien no los tiene.

- ◆ Que refleje el proceso de trabajo, lo cual es obvio porque toda propuesta o trabajo es resultado de un proceso de búsqueda, selección, análisis, por señalar algunas.
- ◆ Disponer de diferentes fuentes de información cómo: Libros, conductor, audiovisuales; al igual que el punto anterior, es un principio obvio dado que todo programa tiene bases y materiales al llevarlos a la práctica.
- ◆ Que el coordinador promueva el descubrimiento de intereses y temas de aprendizaje, que provoque situaciones conflictivas y aprendizaje significativo, que facilite la información regulando el aprendizaje. Tomando en cuenta que los programas deben ser planeados antes de impartirlos, resulta contradictorio decir que el coordinador debe promover las situaciones de conflicto; más bien es el diseño del programa el cual debe marcar las situaciones para que el coordinador las ponga en práctica, de igual forma no se debe promover de improviso los intereses, es por medio de estrategias ya planeadas que se consigue, pues como Barragán (op cit.) menciona, el coordinador debe facilitar la información y regular el aprendizaje.
- ◆ Realizar un aprendizaje significativo: Lo cual implica construir el conocimiento conectando las ideas previas a la nueva información y que ese conocimiento se aplique a nuevas problemáticas. Éste es uno de los puntos puede rescatarse, dado que es una forma en la cual se puede garantizar que los participantes estén aprendiendo y reconstruyendo su sexualidad.
- ◆ Tomar en cuenta los conocimientos (mitos) anteriores (que poseen los participantes) no como errores, sino como indicadores del proceso autónomo de construcción del conocimiento, pues éste implica errores y aciertos. De igual forma, es un punto a considerar durante los talleres
- ◆ Que las estrategias de enseñanza-aprendizaje busquen el reconocimiento del problema, la explicación, que intente solucionarlo y genere nuevos contextos o problemas.

- ◆ Los materiales deben propiciar la reflexión a partir de la información que aporten. Frente a esto, con los materiales no se puede afirmar que se logre la reflexión, tal es el hecho de que la información sobre sexualidad es abundante y sin embargo las personas no la consultan o muchas veces sólo hacen lo que en éstas fuentes se dice, pero no saben o están convencidos del porqué, por lo cual, faltarían evaluaciones para comprobar esa reflexión.

Algunos otros de los errores que Levesque (2000) señala, se encuentran: El hecho de que algunos programas separen a varones y mujeres, que los materiales utilizados sean diferente “de acuerdo al sexo”, aún cuando ya se ha afirmado que la enseñanza debe ser igual y propiciar la interacción entre sexos.

Por otro lado, Venegas (2000) identifica dificultades por parte del educador en cuanto a su preparación en materia de educación sexual, pues ha detectado falta de estrategias que faciliten el abordaje de los diferentes tópicos de la sexualidad, y falta de análisis de la formación sexual, pues como lo manifiesta Rábago et al. (1995) se ha tendido a emplear argumentos amenazantes, manejando temores y angustia, asociando las relaciones sexuales con el embarazo o las enfermedades de transmisión sexual.

De la misma forma, Rodríguez, Frías y Barroso (s. f.) mencionan que aún cuando los profesionales de la salud busquen el bienestar integral de sus consultantes, considerando su sexualidad; en la formación de tales profesionales no incluyen programas adecuados sobre el tema y más aún información acerca de cómo abordarla con los adolescentes, pues se requieren más que simples conocimientos, dado que es indispensable que la formación incida en forma importante sobre las actitudes del educando ante la propia sexualidad y la de los demás.

En cuanto a los programas tradicionalmente implementados en la educación estatal y básica, su duración es insuficiente, dado que tienden a ser cortos, ya que las escuelas sólo designan en promedio 6.5 horas al año para abordar todos los tópicos de la sexualidad, por lo cual es imposible abordar

efectivamente cada una de ellos (Kirby, 1992; Bruess y Grenberg, 1994, citados en Levesque, 2000).

En tercer lugar, es evidente la incongruencia entre teoría y práctica (señalada anteriormente). Carvajal, (1995) expone que algunos programas educativos con un enfoque moral, propugnan (sin profundizar mucho en causas y consecuencias), que los jóvenes sean orientados para decir NO a las relaciones sexuales, específicamente a las coitales, sin tomar en cuenta que la realidad es otra, ya que los servicios clínicos están llenos de jóvenes que van a consulta prenatal, post-parto, o a recibir métodos anticonceptivos, porque ya están teniendo relaciones sexuales, lo cual es contradictorio, pues este servicio de educación sexual preventivo (de abstinencia) ya no la necesita esa población.

De igual manera, a pesar de la pertinencia y necesidad de una adecuada educación sexual principalmente preventiva; las escuelas introducen tópicos de la sexualidad después de necesitarlas, ya que después de que su propia población mostró las consecuencias (embarazos no deseados, ausentismo, abortos, drogadicción), o evidenció la falta de ésta educación, comienzan a tratar el tema por lo que necesitan de una educación de tipo correctiva (Levesque, 2000).

En cuarto lugar, se refiere a las ideologías y concepciones que se tienen al impartir educación sexual, pues entre otras cosas, se encuentra el hecho de que las escuelas intentan atacar el balance entre los 2 extremos ideológicos, pues mientras la tendencia de los conservadores o moralistas es hacer programas solamente y enfatizando la abstinencia, concentrándose en evitar la discusión sobre lo que es bueno o malo (Trudel, 1993; en Levesque, op cit.), otros pocos tratan de enseñar a los estudiantes el sexo seguro y el uso adecuado de los anticonceptivos. Así, son pocos los programas que se enfocan en la diversidad, roles de género y en el placer de la sexualidad en la sociedad y cultura, ya que de acuerdo con Martínez et al. (1996) los primeros limitan la sexualidad al aspecto reproductivo, lo cual implica que sólo el 5% de la población juvenil tenga una comprensión completa de la educación sexual.

Aunado a ello, se vislumbra una gran oposición para incorporar la educación sexual en el sistema escolarizado, pues se oponen porque creen que

el plan curricular de dicho sistema no es apto para formar sobre los asuntos de la sexualidad o que por razones morales consideran que en la escuela no deben tratarse asuntos de tal naturaleza (Carvajal, 1995).

Otro de los factores que contribuyen al fracaso es el conceptualizar y sobrevalorar la sexualidad como un problema y no cómo un elemento más de la conducta integral de los adolescentes; pues como señalan Rábago et al. (1995), el comportamiento sexual de los adolescentes ha sido abordado como un problema que revierte consecuencias en ámbitos sociodemográficos y de la salud.

Otro elemento que obstaculiza el éxito de los programas es, sobrevalorar a la anticoncepción como un recurso que soluciona "el problema" de la sexualidad de los adolescentes.

A partir de lo antes mencionado, es evidente que hacen falta de espacios que permitan la reflexión sobre actitudes y valores para un verdadero cambio (Martínez et al., 1996).

Todo ello permite confirmar que los programas tienen limitaciones, que deben ser consideradas en futuros programas, al diseñarlos y llevarlos a cabo, también se deben hacer algunas modificaciones en cuanto objetivos, forma y contenido, aprovechar las aportaciones y lineamientos de éstos, que enfatizan en el papel activo del individuo y de las medidas preventivas para mantener la salud sexual del adolescente. Por fortuna, a pesar de las limitaciones que tienen que ver con cuestiones morales, institucionales, horarios (tiempos destinados), materiales; se sigue trabajando en el tema, evidenciando la necesidad de reformar la educación sexual.

Dado que hay una aceptación general hacia la existencia de los programas, Levesque (2000) concluye que: Reexaminarlos es una de las razones y justificaciones para realizar programas de educación sexual contemporánea, pues las investigaciones revelan una presente necesidad por reformar la manera en cómo los adolescentes perciben, aprenden y practican la información relacionada con su desarrollo sexual y sus relaciones íntimas. De esta manera, invita a reexaminar los programas, para que a partir de ello, se diseñen otros o se

mejoren. Así, con esta finalidad se presenta una crítica a los programas realizados en México para adolescentes, tomando como referencia lo desarrollado en apartados anteriores.

3. 7. Descripción y crítica de los programas de Educación Sexual para Adolescentes mexicanos.

Dada la pertinencia de reexaminar los programas y de considerar las sugerencias y lineamientos que los autores antes mencionados hicieron, especialmente en cuanto al diseño de la forma y contenido, para finalmente proponer un taller que se acerque lo más posible a las necesidades de la población, ya que de acuerdo con Levesque (op cit.) la diversidad en forma y contenido marca las posibles formas de educación; a continuación, se presenta una breve revisión sobre algunos de los programas realizados y propuestos para la población adolescente mexicana.

Dichos programas son el resultado del proceso de investigación y trabajo que tiene como finalidad brindar una educación sexual que sea coherente con la población a la que se dirige, (en éste caso adolescentes) y con el material teórico antes revisado. Tales programas han sido diseñados por diferentes instituciones, organizaciones y profesionales, los cuales dejan una puerta abierta para diseñar otros que cubran las carencias o limitaciones que puedan presentar, de acuerdo a las necesidades y características psicosociales que la población Mexicana va presentando. Algunas de las diferentes propuestas realizadas en México con adolescentes se detallan a continuación:

IMIFAP es una organización mexicana fundada en 1985, que se dedica a la investigación, diseño, instrumentación y evaluación de programas educativos para fomentar la salud física y mental, por medio de las habilidades psicosociales que llevan al crecimiento integral de la persona. Dentro de sus actividades a nivel nacional se encuentra uno de los programas sobre educación sexual para adolescentes, para lo cual ha puesto a la venta dos materiales importantes: Un

manual y un libro de texto para los adolescentes. Tales impresos tienen un enfoque educativo, el cual pretende identificar, prevenir, disminuir o evitar las conductas de riesgo y sus efectos devastadores en el desarrollo psicosocial. A continuación se describen y analizan ambos materiales.

a) Un manual: ***Planeando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes. Manual para el instructor***, propuesto por Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas (1995).

Este material es resultado de los datos obtenidos en su investigación psicosocial (con instrumentos) realizada en México, en los cuales hallaron que: Los jóvenes que embarazaron a una adolescente repetían patrones familiares respecto a la conducta sexual, presentaban frecuentemente sentimientos de culpabilidad, menor aspiración escolar, menor orientación a futuro, mayor interés en tomar riesgos. A partir de la intervención observaron que: La mera adquisición de conocimientos de sexualidad y anticoncepción no es suficiente para prevenir conductas sexuales tempranas y/o protegidas, encontraron entre otras cosas actitudes conservadoras respecto al sexo premarital, actitudes poco favorables hacia tener un bebé en la adolescencia, percepción de facilidades de acceso y economía para conseguir anticonceptivos, percepción de la pareja como conservadora hacia el sexo y anticoncepción, una relación positiva entre creer que las amigas han tenido relaciones sexuales y la comunicación con ellas sobre el sexo, anticoncepción y la práctica de relaciones sexuales, un bajo nivel de toma de riesgos, altas aspiraciones escolares, capacidad y deseo de tomar decisiones propias, sentimiento de control, capacidad de decir no o sí sin dejarse manipular por medio del afecto y que las usuarias de anticonceptivos tienen altos niveles de autoestima (Pick et al., op cit.).

El objetivo del manual es motivar a los autores a seguir investigando y buscando soluciones a los problemas encontrados; enriquecer la preparación y capacidades de quienes lo utilicen como material docente; contribuir a lograr una mejor comunicación entre los adolescentes; que los adolescentes eviten factores de riesgo y lleguen efectivamente a planear su vida, desarrolle todo su potencial humano y aumente el compromiso de las instituciones públicas y privadas

nacionales e internacionales en apoyar la investigación; difundir resultados y utilizarlos de base para programas educativos, de prevención y servicios al adolescente. En este manual se puede apreciar que:

- Sus actividades son de tipo vivencial, donde los asistentes tienen una participación activa.
- Los temas abordados son: Aspectos biológicos de la reproducción humana, alternativas para ejercer la sexualidad, Enfermedades de transmisión sexual, el embarazo, la anticoncepción, roles sexuales y de género, conceptos básicos de los nutrimentos, afecto y comunicación verbal y no verbal, asertividad, valores autoestima, toma de decisiones, prevención y consumo de drogas,
- Es muy específico respecto a los objetivos por sesión, a los procedimientos y materiales a los aspectos que el instructor debe poner atención o enfatizar, así como de las tareas en casa que debe dejar a los asistentes.
- Contribuye a desmitificar ideas erróneas presentando información científica y planeada, respecto a la sexualidad abordan temas sobre la conducta sexual, roles de género, se trata de enseñar el sexo seguro, también abordan otros tópicos a parte de la sexualidad como lo es autoestima, comunicación, toma de decisiones y que son importantes para la vida del adolescente.

Por otro lado, se percibe lo siguiente:

- No se guía y evidencia la reflexión, pues parece ser que sólo se les dan los elementos para que se reflexione y decida, pero no se indaga o confirma la comprensión o entendimiento que se pudo haber reestructurado y/o elaborado en los participantes.
- Se hace hincapié o se pone más atención al aspecto biológico, en especial a lo terminológico y la experiencia al abordar estos temas, tanto como coordinador como participante confirma que resulta aburrido, tedioso y cansado haciendo que se pierda el interés y motivación

logrados. Ante ello, no se sugiere omitirlo, sino abordarlo de manera dinámica, vivencial, pero que además las actividades no sean repetitivas en cuanto a un mismo aspecto de un tema.

- Limitan a todo instructor excepto al psicólogo, ya que explicitan que el *educador* deberá moderar los sentimientos del grupo, evitando profundizar demasiado, pues esa no es su función; es del terapeuta. Lo anterior hace pensar que al tratar en forma integral (como lo mencionan los autores) el desarrollo psicosocial del adolescente respecto a su sexualidad; la participación del psicólogo se requiere en este intento y así también profundizar más en el cambio de ideas irracionales y actitudes en los adolescentes a través de una reestructuración Cognitiva, toma de decisiones y una forma efectiva de comunicar sus deseos y hacer valer sus derechos (asertividad) en el ámbito sexual, así como de un proyecto de vida.
- La evaluación se limita a un Pre y Post-evaluación del taller y no se reportan datos estadísticos o cualitativos que permitan observar claramente los resultados, solo se menciona que el programa se ha probado con adolescentes en Clínicas y escuelas de la Ciudad de México y todos los Estados de la República.

No obstante, en apoyo o como referencia al diseñar el taller que se propone en el presente trabajo, tomar en cuenta parte de los contenidos y estructura que presenta el manual, respecto del orden de presentación de los elementos que lo conforman, como es: El Título de la sesión, introducción, objetivos, actividades, materiales y tiempo. Así como algunas de las actividades para la sesión y para la casa, que se realizan al hablar de comunicación, autoestima y embarazo.

b) El otro texto que impulsa IMIFAP es: ***Yo adolescente: Respuesta claras a mis grandes dudas***, realizado por Pick y Trujillo (1995), parten de que la adolescencia es una etapa donde surgen dudas y rápidos cambios: Físicos, sociales y emocionales y que hay una búsqueda de identidad, independencia,

aceptación, conflictos entre los valores sobre lo que él quiere, tiene, es y lo que quisiera ser, por lo cual a partir de este libro se busca ayudar a adolescentes (principalmente de 12 a 19 años), padres de familia, maestros y a toda persona interesada en aclarar dudas y corregir ideas erróneas sobre diferentes temas entre ellos Sexualidad y habilidades para desarrollarse socialmente.

Las actividades son de tipo Informativo, pues todo se maneja en la dinámica de preguntas – respuestas y recomendaciones, logrando así transmitir el conocimiento sobre aspectos anatómicos y fisiológicos, de las medidas para prevenir embarazos no deseados e ITS y de los demás temas mencionados en el manual “Planeando tu vida”. Sin embargo, no se presentan resultados. De manera puntual y en el impreso se puede advertir que:

- No hay objetivos específicos por tema, sólo se presenta la información de acuerdo con algunos tópicos.
- La única estrategia utilizada es: Preguntas y respuestas, pues a partir de preguntas que ellos mismos formulan, las contestan, por lo que la metodología para dar esa información no es adecuada para este tipo de población.
- No se busca la reflexión sobre las actitudes o cambio de ideas, solo se presenta la información.
- No hay evaluaciones, que pretendan identificar el conocimiento o tema que el lector (adolescente) ya poseía o pudo haber adquirido.
- Al estar enfocado o dirigido a adolescentes principalmente no es muy atractivo, especialmente porque la única estrategia utilizada, no permite a los adolescentes explorar sus conocimientos, intereses.
- Predomina la información anatómica
- Se puede observar una cierta incongruencia al cotejar y presentar la información de los temas, ya que primero exponen aspectos de sexualidad relacionados con el desarrollo de la adolescencia, luego tratan las implicaciones psicológicas, siguen con la autoestima, con los valores, después regresan con la sexualidad, continúan con las adicciones y posteriormente con problemas alimenticios.

Sin embargo, es necesario que en el diseño del taller (propuesta) a elaborar, se tomen en cuenta algunas de las preguntas y respuestas que corresponden a los mitos y creencias que se tienen respecto a temas como la virginidad y el himen, la práctica de masturbación y del contagio de SIDA, para así integrarlas en alguna de las actividades. Así mismo, en el tópico de embarazo, es pertinente retomar la información que aportan respecto a las ventajas y desventajas de tener un embarazo a su edad.

Por otro lado, hay quienes con la finalidad de dar educación sexual a los adolescentes, rescatan los valores humanos, como es el caso del libro ***Hablemos con los adolescentes*** por Casas e Ituarte (2000) y el impreso de Uribe y Laredo (2002) ***Tú y el sexo: Educación sexual***. Ambos son muy parecidos en el contenido e ideología, sin embargo, lo su ideología es restrictiva ya que deja de lado la objetividad y optan por presentar la información científica y racional limitada sobre anticoncepción, masturbación, homosexualidad, explicándolos a partir de aspectos moralistas, penalizando o censurando tales prácticas, pretendiendo que así el adolescente reflexione o más bien opte por comportarse de la manera que a los autores les parece conveniente (evitando la actividad sexual individualmente o en pareja; es decir se centran en la abstinencia). Ambos textos, abordan los roles de género, conceptos de normalidad y concepciones de una buena sociedad, igualmente cargados de moralidad; sin tomar en cuenta las posibles contradicciones o confusión que ello le pueda ocasionar al adolescente, pues lo coloca en una ambivalencia respecto a su comportamiento sexual y adopción de ciertas posturas y conductas por el hecho de que los autores así lo consideran y no porque estén convencidos de cómo comportarse y qué actitudes o posturas tomar ante ciertas situaciones, después de haber hecho un análisis objetivo y racional.

Uno de los programas actuales realizado a nivel local es el de, Martínez et al. (1996), en su trabajo: ***Adolescencia, Sexualidad y SIDA: Taller Dinámico Vivencial enfocado al cambio de actitudes***, el cual fue realizado con la finalidad de desarrollar y aplicar estrategias psicológicas dentro de la educación para la salud a nivel preventivo (talleres dinámico-vivenciales) y dirigido al cambio de

actitudes, centrándose en adolescentes (grupos que presentan conductas de alto riesgo para contraer VIH/SIDA) de 14 a 21 años. A partir del cual se observó un incremento del nivel de información y las actitudes favorables en cuanto a prevención del VIH/SIDA y respuesta social ante la sexualidad y uso de condón.

Respecto a lo que Martínez et al. (op cit.) presentan, se hace evidente que el taller puntualiza o enfatiza principalmente en el cambio de actitudes a favor de la prevención del VIH/SIDA. Enseñan el sexo seguro. Las actividades propuestas, por ser de carácter vivencial, el asistente tiene un alto grado de participación, se busca que reflexione sobre el ejercicio de su sexualidad, enfatizando en las probabilidades de contagiarse del VIH. Además, se contemplan las ideas y creencias erróneas sobre la sexualidad en general, propiciando que los adolescentes expresen y discutan sus conocimientos, dudas y creencias al respecto, para modificarlas o mantenerlas a partir de la información veraz y correcta que se presente en el taller. Aunque también, resta importancia a otros aspectos relacionados con la sexualidad del adolescente como el hecho de expresar sus deseos a los demás, para negociar con la pareja y decidir lo que quiere hacer entre otras cosas, sin dejarse manipular o sentirse mal por lo que ha elegido. Por lo que le faltarían ejercicios donde ellos efectivamente muestren ante otras personas el cómo negociarían o expresarían lo que piensan y desean hacer.

Por otro lado, para el diseño de las actividades del taller que se desarrollará en este trabajo, se considera que se pueden utilizar algunas de las actividades que Martínez et al. (op cit.) proponen, principalmente aquellas destinadas a la sensibilización de los jóvenes sobre el contagio del SIDA y en el manejo de las emociones que se puedan generar a partir de ello.

García y Medina (1996) en el ***Programa de Educación Sexual para Adolescentes: Sexualidad Integral***, trabajaron con adolescentes de 12-15 años de 4 grupos escolares con el propósito de proporcionar las bases para que los adolescentes adopten una actitud que les permita tomar decisiones propias ante la sexualidad en la vida cotidiana. Con el taller confirmaron que los adolescentes crecieron sin tener información objetiva relacionada con el tema y asociaban

palabras relativas al sexo (sexual, sexualidad, relaciones sexuales) con coito, por lo que no sabían como manifestar su sexualidad, la cual la relacionan con contactos físicos (besos, abrazos y caricias) con el sexo opuesto y no establecían relaciones entre ésta y la amistad, limitando la responsabilidad sexual a las personas que tienen vida coital. Si bien, al terminar el taller los adolescentes manejaban la información adecuadamente creándose un concepto propio acerca de la sexualidad, que después aplicaron en su entorno, los autores refieren haber cumplido con el objetivo.

Las actividades del programa referido son de tipo vivencial, muchas de ellas buscan entre otras cosas el uso apropiado de los términos de la sexualidad, la identificación de los órganos sexuales, el desempeño y apropiación de los roles de género.

Aún cuando el programa de Sexualidad integral que proponen está dirigido para adolescentes de 12 a 15 años y por ende las actividades y contenidos están de acuerdo a ésta edad; pues son dinámicas que propiciarán en la propuesta la sensibilización de términos sobre la sexualidad y de autoconocimiento, dado que su estructura permite que los adolescentes se expresen adecuadamente y se reconozcan de tal manera que no se perciban criticadas por los demás, sino que reciban críticas positivas de los demás, así como de ellos mismos, además percatarse de aquellas partes que necesitan darle más atención.

Otro material de apoyo es el presentado por Insúa (1999), un **Programa de formadores para la prevención de los problemas de salud asociados con el consumo de drogas**. Manual de educación sanitaria: Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas, el cual entre otras recoge los elementos clave para diseñar (metodología y programación), consultar, impartir y evaluar los “Talleres de Sexo más Seguro ” y “Talleres de consumo de menos riesgo”, con la intención de contribuir a modificar positivamente las conductas de riesgo para la salud y morbilidad de los consumidores de drogas.

De ésta forma, se observa que las actividades propuestas son vivenciales, buscan la reflexión y cambio en las conductas de riesgo, toma en cuenta los mitos y creencias erróneas de los participantes. Opta por enseñar el sexo seguro.

No obstante, aun cuando las actividades y procedimientos correspondientes a “Talleres de Sexo más seguro” se pueden aplicar a una población como la que se tiene como meta, siempre y cuando se realicen las modificaciones pertinentes. De la misma manera, se pueden retomar algunos de los contenidos que presentan como es el de comportamientos sexuales sin riesgo, conductas sexuales de riesgo, ITS y que son de utilidad para el taller, también se deben considerar las técnicas (preguntas abiertas y cerradas, role-playing), sugerencias y procedimientos a seguir al elaborar las evaluaciones, las cuales serán de tipo: Evaluación de resultados, ya que la evaluación trata de establecer si tras la implementación del programa, los objetivos se alcanzaron o se pudieron alcanzar otros efectos positivos e indagar si los resultados obtenidos se relacionan con los recursos y medios utilizados para conseguir los objetivos.

Por otro lado, López, Carpintero, Fuentes, Hernández, Marcos, Martínez y Soriano (1995) en su manual ***Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes: Reelaboración de cómo plantear mi vida***, plantean que el libro es una guía de apoyo para realizar talleres de Sexualidad y habilidades de comunicación. Para ayudar eficazmente a jóvenes a vivir su sexualidad sin riesgo y desarrollar sus mejores posibilidades, para que aprendan a decidir actuar eficaz y responsablemente en lo referido a relaciones interpersonales, así como para mejorar las relaciones sociales que dependen de habilidades de comunicación.

Las actividades que presenta son Vivenciales, donde la participación de educador y participante predomina, se guía a la reflexión, sin abusar del contenido, ni de aspectos morales, enseñan el sexo seguro y tópicos que son importantes en la vida del adolescente como la toma de decisiones, la comunicación efectiva, las habilidades sociales. Respecto a los resultados, sólo argumentan que con base en la experiencia en Estados Unidos y América Latina se muestra la eficacia del programa.

Sugieren que el manual sea solo un recurso más, pues un tema puede ser complementado con otros manuales y dejan a los instructores, coordinadores, o educadores elegir las actividades y técnicas de acuerdo a las necesidades de la población. De esta forma, es pertinente en la planeación y diseño del programa

que es motivo de este trabajo, elegir algunas de las actividades que el manual se proponen, especificando la forma en cómo lograr un cambio en las conductas y actitudes de los participantes, así mismo; se pueden considerar los contenidos que los autores presentan para abordar los diferentes temas durante las sesiones, no sólo las de sexualidad (reconocimiento corporal, mitos sexuales), sino también de la comunicación, autoestima, toma de decisiones y habilidades sociales.

Hasta ahora, sólo se ha abordado el marco histórico de la Educación Sexual, así cómo de lo qué es, de las formas de llevarla a la práctica, así cómo de las limitaciones en los programas, pero ¿qué factores intervienen para que los programas resulten, qué se debe tener en cuenta al diseñar el programa de educación sexual?. Para dar cuenta de ello y de lo que implica, comprende (las estrategias y técnicas utilizadas en los programas de educación sexual), se presentan los siguientes apartados.

3. 8. Factores y consideraciones que influyen para realizar un programa de Educación Sexual

Al brindar educación sexual, no se deben perder de vista los canales que influyen en la educación sexual de los individuos, Monroy (1991) detalla algunos de ellos:

- **La familia**, ya que es el primer grupo al que se pertenece y en la cual se adquieren los valores básicos sobre sexo y sexualidad, es decir lo socialmente aceptable, lo permitido, los papeles sexuales. Además, García y Medina (1996) señalan que la familia se supone como un lugar donde debe ejercerse la educación sexual, pues es de incumbencia para los padres, sin embargo, pocos cumplen con esa responsabilidad, debido a que ellos mismos carecen de una educación sexual mínima, dando como resultado que no se pongan a la altura de los adolescentes y que no comprendan sus inquietudes. Algunos se sienten cohibidos por poseer

conceptos erróneos, mientras que otros son negligentes en general al educar sus hijos.

- **La escuela**, pues es donde el niño recibe múltiples influjos a través de la enseñanza de diferentes materias y forma de los comportamientos de los maestros y compañeros. Sin embargo, la forma de abordar los temas sexuales o no hacerlo en la clase o fuera de ella, van forjando en los alumnos modelos y normas de la conducta sexual; permitiéndoles o restringiéndoles aplicar lo aprendido en los primeros años en la familia. Erróneamente, pocas veces, en la escuela se abordan estos temas o se resuelven las dudas, a menos que la escuela pague los servicios que ofrecen instituciones o personas para que sean quienes cubran la necesidad (García y Medina, 1996). Además, cuando la escuela y familia hay incongruencia en los mensajes, porque no están de acuerdo respecto de las metas, conceptos, se puede crear una situación conflictiva para los niños.
- **En el Grupo de amigos**, con ellos los adolescentes aprenden lo que significa ser mujer u hombre, el ideal del trato de la pareja, el significado de madurez, así mismo. Desgraciadamente, es a través de ellos que los niños y jóvenes obtienen información incorrecta sobre temas sexuales, pues son a quienes preguntan respecto al tema, porque a los padres o maestros no se las plantean o no se las han resuelto (Martínez et al., 1996).
- **Medios de comunicación masiva**, como la radio, televisión, cine, impresos, que hacen que la formación se difunda rápidamente y a grandes núcleos humanos y que sea recibida de forma indiscriminada, creando modelos que no corresponden a nuestra realidad sociocultural
- **La legislación**, donde las leyes defienden y sancionan ciertas conductas relacionadas con la sexualidad. Las leyes pueden volverse obsoletas y no corresponder a la realidad histórica, por lo que aunque deben tener una función educativa, también pueden resultar un obstáculo.

- **La religión**, donde los valores religiosos (presentes en toda sociedad) tienen gran influencia en la conducta. En México predomina el catolicismo, de la cual, sus normas y valores son ejercidos con rigidez. Es evidente que la religión educa a las personas desde la ideología restrictiva, pues a partir de las normas morales (basadas en el miedo) controla la conducta sexual, al no considerar el ejercicio de la sexualidad sanamente (sexo seguro, masturbación), al desaprobar la anticoncepción, la homosexualidad, las relaciones premaritales; por lo cual dejan de lado el bienestar físico, social y psicológico que el individuo requiere.

Por otro lado, respecto al diseño de los programas de educación sexual es necesario considerar entre otras cosas estrategias, metas, técnicas que los expertos en el tema consideran como importantes para el éxito de los programas y que además resultan viables en la práctica.

3. 8. 1. Consideraciones generales

Al diseñar los programas de educación sexual, se han sugerido tomar en cuenta algunos aspectos que a continuación se señalan.

La CONAPO (1982) propone una estrategia al elaborar un programa de Educación de la sexualidad y que además son factibles al llevarlo acabo en la práctica:

- **Suscitar la toma de conciencia:** Quiere decir, que los participantes experimenten la necesidad del cambio para modificar las actitudes y conductas sexuales de riesgo.
- **Canalizar una actitud de compromiso hacia el cambio**
- **Ejecución de la acción:** Que se realice lo escuchado o ejecutado en el taller en lo cotidiano.

Así mismo, es pertinente tomar en cuenta lo que Monroy (1991), considera, en cuanto a que la educación de la sexualidad debe:

- * Tender a crear responsabilidad humana para que individuo desarrolle al máximo sus capacidades, logrando su salud y bienestar.
- * Proporcionar información para desarrollar el entendimiento de las relaciones humanas en el aspecto físico, mental, emocional, social, económico y psicológico; ya que como lo apunta Domínguez (2004) poseer una información adecuada sobre el tema, puede servir para evitar la aparición de problemas sexuales y contribuir a proporcionar una mejor educación sexual, ayudando a la consolidación de una política comunitaria preventiva en salud sexual.
- * Formar parte de la educación integral del individuo e incluir más que una formación anatómica y fisiológica, formación que enfatice el desarrollo de las actitudes positivas y sirva de guía entre las relaciones de los sexos, pues como indica Domínguez (2004) es muy importante el establecimiento de un medio ambiente en el cual los niños, desde su nacimiento puedan desarrollar la confianza en sí mismos, el amor propio, y la aceptación de sus propios cuerpos y de sus sentimientos sexuales.

De la misma manera, a los puntos anteriores, se podrían agregar los siguientes que Barragán (1991) propone:

- ◆ Realizar un aprendizaje significativo: Lo cual implica construir el conocimiento conectando las ideas previas a la nueva información y que ese conocimiento se aplique a nuevas problemáticas. Es una forma en la cual se puede garantizar que los participantes estén aprendiendo y reconstruyendo su sexualidad
- ◆ Tomar en cuenta los conocimientos (mitos) anteriores que poseen los participantes no como errores, sino como indicadores del proceso autónomo de construcción del conocimiento, pues éste implica errores y aciertos.

- ◆ Las estrategias de enseñanza-aprendizaje deben buscar el reconocimiento del problema, la explicación, que intente solucionarlo y genere nuevos contextos o problemas.

Lo anterior debido a que para que el ser humano ejerza su derecho a la salud sexual, debe contar con información que le permita conservar su salud y buscar tratamiento a su enfermedad, puesto que sólo el conocimiento veraz y oportuno le brindará la libertad para decidir en su vida, es por eso que se debe brindar una educación para la sexualidad donde se enseñe también a ser y no sólo a hacer, hablar de los cuidados que se requieren para crecer y reproducirse de acuerdo a las normas sexuales de salud individual y colectiva, además de cómo conservarse sanos sexualmente (Monroy, 1991).

Rábago et al. (op cit.) señalan que los programas a la vez que logren una amplia cobertura, aborden elementos de naturaleza social y psicológica que aquejan a los jóvenes para tratar la sexualidad desde la perspectiva del fomento a la salud.

Por otro lado, respecto al contenido y forma de los programas Rodríguez, Frías y Barroso, (s. f.) declaran que los psicólogos deben desarrollar e implementar todas sus estrategias teóricas y metodológicas; a través de las diferentes formas de impartir educación sexual (formal, informal y no formal). Y para ello deben tener claro no sólo el contenido informativo de los temas a abordar en los programas, sino también aquellos elementos que debe tener como lo son: Los objetivos, la duración, las técnicas, materiales. En cuanto a éstos elementos, Barragán (1991) indica que un programa debe contar específicamente con: 1) Objetivos, 2) Contenidos, 3) Metodología, 4) Tiempo de realización, 5) Recursos disponibles y 6) Evaluación.

Por su parte, Fallas y Ververde (2000) proponen revisar en forma amplia y profunda las concepciones y tópicos sobre sexualidad, para incorporarlos en el trabajo de educación sexual y en el tratamiento del tema, para facilitar una vivencia de la sexualidad plena e integral, ya que como lo refieren; la vivencia de la sexualidad, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes adquiere

diversos matices y específicos propios de su desarrollo biológico, psicosocial y psicosexual, así como de su sexo, condición de género, socioeconómico, cultural y en el momento de la historia que le tocó vivir.

De la misma manera, Espin (2003), menciona que la participación e integración plenas exigen que los adolescentes y jóvenes reciban una educación de calidad con claros conceptos científicos que les permitan tomar decisiones y alcanzar una vida sexual sana, plena, placentera y responsable, así como contar con los servicios de salud, de orientación y atención de alta calidad, que tengan en cuenta sus necesidades y el ejercicio de sus derechos e igualdad de oportunidades.

Así mismo, retomando los supuestos que López et al. (1995) señalan:

- Dado que los adolescentes y jóvenes toman decisiones importantes, entonces pueden mejorarlas si están bien informados, si disponen de recursos, si se reconocen así mismos y a la comunidad donde viven. Por ello se les debe involucrar en la toma de decisiones en lugar de adoctrinarles sobre lo que creemos que deben decidir (eso es lo que hacen algunos libros o manuales; decirles lo que deben hacer).
- Dado que los educadores pueden estar dispuestos y capacitados para ayudar a los jóvenes a convertirse en adultos maduros, satisfechos y responsables socialmente; las técnicas de la educación deben propiciar la participación de los asistentes.

Ahora bien, en cuanto a los temas de sexualidad, existe suficiente conciencia y consenso entre quienes trabajan con adolescentes, de que éstos temas deben ser tratado como algo natural y no mítico, libre de prejuicios e inmerso en todas nuestras relaciones con los otros seres (Carvajal 1995).

De esta forma, también es pertinente mencionar que a partir de lo antes revisado y de la experiencia en algunos talleres como participante, se considera que no sólo basta la información científica y veraz de los aspectos anatómicos, fisiológicos, psicológicos y sociales, sino que dentro de formación ya sea formal o informal se ponga especial atención en la *forma efectiva del programa* para

cumplir los objetivos, entendiéndolo, no sólo como el hecho de que las actividades permitan la reflexión, reestructuración y conformación de ideas y actitudes sobre los diferentes tópicos de la sexualidad, sino que la estructura o forma en la que se imparta el taller permita expresar adecuadamente sus actitudes y deseos ante los demás (incluida la pareja), lo cual indica que el programa sea interesante, que permitan el involucramiento y la participación del grupo en las actividades, pues como lo mencionan Fallas y Ververde (2000) la vivencia de los participantes y el conocimiento que allí se genere, contribuirá en gran medida en el logro de los objetivos.

Finalmente, tal como Levesque (2000) apunta, la diversidad en tono y contenido marca las posibles formas de educación y es que las investigaciones revelan una presente necesidad por reformar la manera en cómo los adolescentes perciben, aprenden y practican la información relacionada con su desarrollo sexual y sus relaciones íntimas. Por ello, la propuesta del presente es el diseño de un programa, el cual consiste en un taller, por lo cual es necesario detallar lo que es, en qué consiste y las técnicas que se han utilizado en ellas, principalmente las que son de carácter vivencial. A continuación se detallan éstos aspectos.

3. 8. 2. Modalidad de trabajo: Los Talleres

Los talleres son uno de los medios para llevar a cabo la educación informal de sexualidad; sin embargo, es necesario especificarlo más, ya que es este el medio que se propondrá en el presente trabajo.

Un **taller** es según Ramírez, Uribe y Gutiérrez (1995) un espacio y tiempo en el que se busca la participación, el diálogo, la reflexión y creatividad grupal, evitando en lo posible la pasividad del asistente y motivándolo a la actividad en un marco de flexibilidad.

Alcántara (1994) lo define como una reunión de personas con intereses comunes que aportan conocimientos y experiencias a través de la discusión, el trabajo y el intercambio de ideas para adquirir nuevos comportamientos y

experiencia, se realizan con un enfoque participativo, donde los participantes pueden y deben tomar parte activa en el proceso de su aprendizaje y formación, por lo que se deben realizar acciones concretas, discusiones y reflexiones colectivas e individuales sobre el tema de interés y para ello se utilizan técnicas participativas tomando en cuenta la información y la formación, donde la relación conferenciante- oyente es de tipo horizontal ya que ambas partes aportan conocimientos y experiencias, sin que se ejerzan relaciones de poder y autoritarismo.

Alcántara (op cit.) manifiesta que los programas de educación sexual en forma de taller requieren de diversos materiales como: Audiovisuales, películas, filminas, cintas, revisión de literatura, rotafolios, libros, revistas, cuentos y técnicas (las cuales pueden llamarse) de aprendizaje activo.

Los talleres se componen por sesiones, en las cuales se suele abordar un tópico de la sexualidad por cada sesión. La duración de tales sesiones, va de 90 a 120 min.; no obstante, Pick et al. (1995) sugieren que sea de 120 min., pues develan que es mucho más provechoso trabajar por dos horas éstos temas con los participantes, además de que el grupo que conformará el taller no debe exceder a 15 o 20 participantes.

Para realizar un taller de educación sexual sirven todos los recursos pedagógicos, sin embargo, aquellas técnicas (desarrolladas en el siguiente apartado) que por implicar más activamente al alumno, ser grupales y atractivos son muy útiles en el campo.

De tal manera, que la educación sexual se ve facilitada si los adolescentes se implican activamente en las técnicas grupales, pues le permiten dialogar con personas del mismo y de diferente sexo, hacer más atractivo el estudio de la sexualidad humana, representar papeles, plantear preguntas, dar respuestas, expresar sus actitudes y valores, conocer y analizar las actividades y valores de los demás respecto a la sexualidad; por lo que en tales técnicas no sólo se trabajan los conocimientos, sino las actitudes, valores, normas y habilidades sociales, al permitir el conocer y comprenderse mejor, aceptarse y aceptar a los demás, desarrollar la capacidad de expresar deseos, emociones o peticiones, de

control libre y responsable de los deseos, emociones y conductas sexuales, así como cambiar tales actitudes, valores, normas y habilidades si desea la persona, con el fin de optimizar las diferentes posibilidades que desee desarrollar en la sexualidad (López et al., 1995).

3. 8. 3. Técnicas

López et al. (op cit.) y Alcántara (1994) enlistan, algunas de las técnicas, que suelen utilizarse al realizar este tipo de trabajo:

- ♦ Técnicas para la presentación o encuentro: Útiles cuando se inicia un curso de formación y se pueden aplicar tanto cuando no se conocen los integrantes como cuando si lo son. Ayuda a vencer el miedo del encuentro con desconocidos o tratar temas problema, iniciar el conocimiento y nombres del grupo, favorecer formas de comunicación, desformalizar la situación haciéndola espontánea, natural e iniciar la participación

- * Presentación semiformal: Donde cada integrantes se presenta, son útiles cuando las participantes no se conocen entre sí, cuando no se requiere procurar la interacción directa con los demás.
- * Presentación recíproca: Se forman parejas y cada uno presenta ante los demás a su compañero, diciendo su nombre, gustos, intereses. Es pertinente cuando los participantes ya se conocen o han interactuado en otros contextos, promueve el acercamiento entre ellos.

- ♦Técnicas para tratar un tema. Fomenta los métodos activos, favorece la participación de todos, hace atractivo el trabajo, obliga a adoptar diferentes puntos de vista, favorece el trabajo de equipo, el diálogo entre personas del mismo y distinto sexo y hace partícipes a los demás de los propios conocimientos.

- * Conferencia: Una persona capacitada habla sobre un tema y existe un periodo de preguntas y respuestas. Se pone en práctica cuando la mayoría de los asistentes no conocen del tema.

- * **Discusión en grupos pequeños:** Intercambio de ideas y de opiniones entre los integrantes y para ello se subdividen en grupos pequeños. Es conveniente al tratar temas que la mayoría maneja o sabe.
- * **Exposición:** De manera oral se da un tema frente al grupo y se puede apoyar con un audiovisual, generalmente se utiliza cuando, la persona maneja el tema y puede expresarlo frente a los demás
- * **Mesa redonda:** Un grupo de expertos habla de un tema, conversando entre sí; se puede utilizar antes de exponer el tema, siempre y cuando los integrantes conozcan sobre ello.
- * **Panel integrado:** Se forman grupos, que discuten o estudian un tema y al terminar forman otros equipos, donde cada uno expondrá lo dicho en el anterior grupo y a partir de ello continúan su discusión. Resulta eficaz cuando los miembros del taller tienen diferentes opiniones o aportaciones sobre un tema, para llegar a un acuerdo o simplemente exponer su postura.
- * **Enseñanza en grupo:** Diversas personas dan un enfoque multidisciplinario a un problema. Es factible cuando los temas son abstractos o es necesario que un experto en el tema hable acerca de
- * **Cartel:** A través de un cartel sobre algún tema, exponen ante el grupo lo que piensan. Es útil cuando algún tema implica diversos aspectos, los cuales pueden ser explicados a partir del cartel.
- * **Interrogatorio:** El grupo hace preguntas entre sí o al experto. Pueden abrirse espacios para ello después de tratar el tema o antes de finalizar la sesión.
- * **Banco de preguntas:** Realizar un lugar en donde verter preguntas por escrito. Es conveniente durante todas las sesiones colocar un buzón por ejemplo, para que en él expresen las dudas que tienen y que por alguna razón no las exponen frente a todos.

♦ Técnicas de representación: permiten plantear de forma realista y narrativa determinadas situaciones o conflictos, valorando la conducta de cada personaje. Algunas de ellas son:

- * Dramatización: es una representación teatral de un problema o situación, para que sirva de base para una discusión, por ejemplo cuando se trata de discutir las creencias que entre los amigos y familia existen respecto de la virginidad o del orgasmo
- * Juego de roles: se representa una situación con personas que encarnan personajes típicos y se discute el rol que juegan las personas. Es adecuado para practicar las habilidades sociales como la negociación del uso del condón.

♦ Técnicas corporales: son útiles en el trabajo de actitudes y en los casos donde el clima creado y la capacidad del educador permitan usarlas sin riesgo.

- * Para ello hay técnicas respiratorias, de aceptación de la figura corporal, ejercicios de contacto corporal. Son de gran ayuda para aceptar la figura corporal, en el aprendizaje del contacto y de la comunicación, la valoración positiva del cuerpo, a aprender a expresar las propias emociones y las de otros, a mejorar el estado de salud física y psicosexual, a movilizar las emociones y cambiar las actitudes.

A partir de lo anterior, el posterior apartado, se presenta la propuesta para brindar una educación Sexual a los adolescentes, la cual pretende retomar las sugerencias y disminuir lo más posible las limitaciones que otros programas han tenido. Así, el apartado 3.7 dará cuenta y explicará la propuesta del presente.

3. 9. Propuesta: habilidades para ejercer derechos, negociar y tomar decisiones en la vida social y sexual

Dado que la adolescencia es un momento determinante en la vida del individuo, pues en él ocurren transformaciones físicas y psicológicas, donde hombres y mujeres toman sus primeras decisiones y asumen responsabilidades emocionales, sociales, académicas y económicas, además de que comienzan a incorporarse activamente dentro de la vida sexual y social; es conveniente que dispongan de información sobre ello, ya que son muchos los adolescentes y jóvenes que tienen relaciones coitales sin planificar: Sin usar un método de control natal o de protección para evitar enfermedades de transmisión sexual; pues aún cuando un alto porcentaje tiene conocimiento de las medidas de protección, no las utilizan.

Lo anterior permite suponer que probablemente los adolescentes no cuentan con las habilidades sociales que se requieren para elegir, decidir, negociar, e informar a otros lo que quieren, y que por otro lado, como afirman López et al. (1995) se enfrentan a la dificultad de acceso a los anticonceptivos, además de tener una poca o nula orientación acerca de su sexualidad, no cuentan con la información seria, objetiva y científica sobre éstos temas y sobre las habilidades para tomar decisiones adecuadas a sus condiciones, pues disponen de pocos lugares y actividades (que promueven su interés y participación) para hacerlo; por lo que viven situaciones de riesgo, que tienen consecuencias sociales dificultosas (para ellos y para quienes lo rodean), por ejemplo: Matrimonios forzados, embarazos no deseados, padres solteros, abortos, enfermedades de transmisión sexual.

Igualmente, se sabe perfectamente que México necesita un cambio en sus creencias negativas y de gran represión, pues provocan en el individuo conflictos sociales, de pareja y consigo mismo. Así mismo, ante el trabajo realizado por instituciones y profesionales es evidente que el cambio requiere de tiempo, pero poco a poco se puede contribuir en este proceso de trabajo en el área de educación sexual.

Por tanto, es necesario aceptar que los adolescentes y jóvenes son sexualmente activos, ofrecerles los medios educativos, informativos y asistenciales, que dispongan de recursos para que puedan manejarse exitosamente en el mundo de libertades, para que puedan decidir efectivamente y para que accedan a la actividad sexual completa si así lo deciden, en condiciones adecuadas y sin riesgo, como lo proponen López, Carpintero, Fuentes, Hernández, Marcos, Martínez, y Soriano, (1995), pues no se trata solo de evitar riesgos, sino de ofrecer una visión positiva y rica de la sexualidad y de las relaciones interpersonales. Por ello, dentro de la propuesta, habrá actividades dirigidas hacia el involucramiento para la toma de decisiones en lugar de adoctrinarles sobre lo que creemos que deben decidir. Las actividades presentadas tienen la finalidad de propiciar la enseñanza, reflexión, participación activa y cambio de los asistentes ya que de acuerdo a Fallas y Ververde (2000) la vivencia de los participantes y el conocimiento que se genere es de suma importancia en el logro de los objetivos. No obstante, el papel de los educadores es de gran importancia, pues de acuerdo con lo señalado por López y col (op cit.) y Rodríguez et al. (s. f.) deberán estar dispuestos y capacitados, pues en la propuesta, se pretende una *forma efectiva del programa* para cumplir los objetivos, la cual implica tanto las actividades que permitan la reflexión, reestructuración y conformación de ideas y actitudes sobre los diferentes tópicos de la sexualidad, como la estructura o forma en la que se imparta el taller, para que resulte interesante y contribuya en el involucramiento y participación, de los miembros del taller.

Así mismo, es pertinente que dentro del programa se contemple lo que Fallas y Ververde (2000) sugieren: Tomar en cuenta el cuerpo en sus dimensiones biológica, psicológica y social, y su relación con la sexualidad, los mitos, prejuicios y realidades de la sexualidad; respecto al amor, genitalidad, relaciones de pareja, roles de género, orientaciones sexuales, virginidad y castidad; que inciden positiva o negativamente en la sexualidad de los adolescentes y en sus prácticas sexuales de los adolescentes (juegos sexuales homosexuales y heterosexuales, las caricias, las relaciones coitales,

autoerotismo, masturbación, fantasías sexuales, la exploración del cuerpo del otro, la búsqueda de la intimidad, las relaciones sexuales coitales, amigos, amigos con derechos, relaciones casuales, noviazgo, las relaciones coitales, la construcción y re-construcción de la identidad sexual y de género y la definición de la orientación sexual. Además de abordar, los derechos humanos contemplados en leyes y documentos nacionales e internacionales, respecto a los derechos sexuales y reproductivos que incluyen la libre determinación para disfrutar y controlar la propia vida sexual y reproductiva, el derecho a la información y educación sexual, el derecho a contar con servicios de calidad, el derecho a la sexualidad libre de la violencia y el acoso, el derecho a la no-discriminación por su propio sexo.

Lo anterior se pretende conseguir, principalmente dando mayor atención a la forma y contenido en las cuales se abordarán los diferentes temas, además de entrenar a los participantes y de practicar la comunicación efectiva y el comportamiento asertivo, lo cual implica que deben respetarse a sí mismos y a los demás, tomar sus propias decisiones, así como tener una buena autoestima, pues como se detalla enseguida, son habilidades que favorecen a la persona para actuar y negociar en cuanto a la forma de ejercer su sexualidad.

3. 9. 1. Importancia de la comunicación efectiva

Pick et al. (1995) expresan que las relaciones interpersonales pueden ser una fuente importante de satisfacción si existe una comunicación abierta y clara; pero si ésta comunicación es confusa y agresiva, suele originar problemas. La habilidad de comunicarse de manera abierta y clara puede ser aprendida a través de un entrenamiento.

La comunicación sexual contribuye en gran medida a la satisfacción de una relación íntima, ello no quiere decir que el diálogo sea esencial en todo lo que se comparte sexualmente, pues hay veces en que la comunicación verbal es negativa. Sin embargo, Crooks (2000) las parejas que nunca charlan sobre los aspectos sexuales en su relación, quizá se nieguen la oportunidad de estrechar la

proximidad y aumentar el placer, pues no conocen las necesidades y deseos del otro.

De acuerdo con Crooks (op cit.) toda comunicación sexual conlleva a cierto nivel de riesgo: Al expresarse, la gente se coloca en una posición vulnerable al juicio, la crítica y el rechazo. La disposición de asumir ese riesgo se relaciona con el grado de confianza que haya en una relación.

Algunos de los obstáculos que las personas tienen en cuanto a la comunicación efectiva son: *La falta del lenguaje sexual adecuado*, pues cuando queremos comunicar necesidades y sentimientos no sabemos como hacerlo. A menudo se experimentan *sentimientos de timidez y vergüenza* al hablar de la sexualidad con los amigos y la pareja. No obstante, tal incomodidad puede evitarse a menudo o superarse y así la gente encuentra formas de aprender a vivir con el vocabulario (Crooks, op cit.).

Otro factor que dificulta la comunicación entre las parejas heterosexuales, son los *estilos* de hombres y mujeres de *relacionarse con los demás*, pues según Tannen (1990; citado en Crooks, op cit.) cada uno tiene distintos objetivos de comunicación; los hombres se sirven del lenguaje para transmitir información, para conseguir un estatus en el grupo, para desafiar y evitar que otros lo dominen, convirtiendo así la comunicación en una suerte de competencia para evitar ser colocado en una posición inferior. Y las mujeres utilizan en lenguaje para conseguir y compartir la intimidad, fomentar la proximidad y evitar que las aparten, utilizan el diálogo como una forma de acercamiento a la otra persona.

Por lo cual, Tannen (1990; citado en Crooks,) indica que el primer paso para mejorar la comunicación es entender y aceptar que hay diferencias de género en los estilos de comunicación.

Waldron, Caughli y Jackson (1995, citado en Insúa, 1999) sostienen que la comunicación interpersonal es el método más eficaz para lograr que los conocimientos sobre el VIH/SIDA redunden en los cambios de la conducta sexual y en la adopción de medidas preventivas. Hablar sobre el SIDA de una forma concreta orientada a adquirir información específica que permita llegar a acuerdos susceptibles de ser incorporados a las prácticas sexuales

efectivamente realizados, sin embargo las personas hablan del VIH/SIDA de una forma genérica y no sobre los factores de riesgo y su prevención. Por lo que es necesario hablar y conversar sobre el tema porque además, ayuda a personalizar el riesgo de contagio del VIH/SIDA, es un aspecto que intervendrá cuando la persona decida y elija el tipo de prácticas sexuales que tendrá.

Lear (1995, citado en Insúa, op cit.) asegura que la práctica del sexo más seguro implica un proceso complicado de negociación sexual, que requiere un alto grado de comunicación abierta sobre el deseo y la intención sexual; lo cual no se da mucho en esta cultura. La negociación es definida como “cualquier forma de actividad interaccional entre las parejas sexuales que inflencias el uso o no del condón, puede tener lugar antes, durante e incluso después del encuentro sexual, e incluso en las parejas a largo plazo”. La negociación puede darse de dos formas según Quirk y Rodes (1995, citado en Insúa, op cit.):

- a. Comunicación verbal: Rápido intercambio verbal explícito
- b. Comunicación no-verbal: Muchas veces el uso del condón se negocia implícitamente sin decir nada. El uso del condón muchas veces sucede sin ningún intercambio verbal, a veces pasa de una persona a otra en el momento de la penetración, lo cual tiene un mensaje claro, no explícito: La necesidad de usar preservativo.

Así mismo, Martínez (1995) refiere que uno de los componentes de la comunicación clara y abierta es la asertividad ya que como se muestra a continuación, es por medio de ella, que las personas pueden comunicar clara, adecuada y oportunamente lo que piensan y quieren hacer respecto a su sexualidad.

3. 9. 2. ¿Para qué las Habilidades Sociales / Asertividad...?

Insúa, (1999) afirma que las personas que disponen de habilidades y competencias para comunicarse y negociar con sus propias parejas sobre sus relaciones sexuales y sobre la necesidad de prevención tienen más probabilidades de prevenir. Así mismo, López et al. (1995), refieren que los dos

factores que más suelen contribuir al fracaso en las relaciones y la aparición de disfunciones o problemas sexuales son: La ignorancia (creencias erróneas, miedos infundados, desconocimiento) y las dificultades para comunicarse con los demás (los iguales, los padres) especialmente, con la pareja. Por ello puede ser muy útil el entrenamiento en habilidades sociales y comunicación.

López et al. (op cit.) también manifiestan que muchas de las dificultades sociales tienen su origen o están condicionadas a la falta de habilidades sociales, pues las personas sin habilidades sociales tienen comportamientos sociales inadecuados o son agresivos, recurriendo a la violencia o son retraídas, pasivas, es decir; tienen dificultades para relacionarse con los demás y aunque hay dificultades que tienen su origen en problemas muy graves y no pueden solucionarse sólo con el entrenamiento en habilidades sociales, la mayoría de las personas no han aprendido formas adecuadas de comportamiento y en esos casos, el entrenamiento en habilidades sociales es muy útil.

López et al. (op cit.) indican que las habilidades sociales son conductas verbales y no verbales que en las relaciones interpersonales permiten conseguir lo que se desea y evitar lo que no se desea, sin causar daño a los demás. Así, aquel que consigue relacionarse de ésta manera se dice que tiene habilidades sociales, en el otro extremo están quienes tienen pocas habilidades sociales como lo son los retraídos, agresivos. El *retraimiento* como forma de conducta social y sexual, es mucho más general que la agresión y sobre todo, menos conocido. El *comportamiento pasivo* quebranta los propios derechos del sujeto al fracasar en la expresión de sus propios sentimientos, necesidades y opiniones, además, las respuestas pasivas pueden provocar sentimientos de insuficiencia, depresión e incompetencia, esas carencias pueden impedir a las personas encontrar pareja sexual o tener actividades sexuales francas y satisfactorias. Las *personas agresivas* tienen más dificultades para encontrar parejas sexuales o en todo caso generan relaciones más conflictivas e insatisfactorias.

Frente a esas alternativas extremas se trata de favorecer las habilidades sociales en las personas para que puedan establecer relaciones interpersonales

satisfactorias. Sin embargo, aquellas personas que tienen habilidades sociales, suele comportarse asertivamente.

Martínez (1995) define la asertividad como una alternativa de comunicación que fortalece las relaciones humanas constructivas, respetuosas, y es un mecanismo que alimenta el bienestar personal, es un proceso de aprendizaje en la vida cotidiana de la persona que fomenta la comunicación adecuada basada en saber expresar y recibir los mensajes que se transmiten. Pick et al. (1995) observan: Que la asertividad se refiere a defender los derechos propios expresando lo que se cree, piensa y siente de manera directa y clara y en un momento oportuno.

De ésta manera, actuar o comportarse asertivamente significa tener la habilidad para transmitir y recibir mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás, de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación lo haga necesario (Aguilar, 1987, citado en Martínez, 1995).

Desde el punto de vista práctico, las habilidades sociales pueden ser utilizadas con diversos fines, pero la mayor parte de los especialistas en habilidades sociales se conforman con asegurar que el entrenamiento en habilidades sociales tenga lugar en un contexto ético que implique dos exigencias:

1. Que las habilidades entrenadas sean conductas socialmente aceptables.
2. Que las habilidades que se pongan en práctica no impidan que la persona con la que se está interactuando pueda intentar conseguir sus propias metas u objetivos (López et al., 1995).

Gil y García (1995) puntualizan que en el entrenamiento en habilidades sociales, están integradas un conjunto de técnicas orientadas a la adquisición de aquellas habilidades que permitan a los sujetos mantener interacciones sociales satisfactorias en su ámbito real de actuación, es decir que:

- Adquiera y domine los conocimientos de la habilidad social y que los exhiba en la secuencia correcta, sin ayuda y supervisión.

- Sea capaz de exhibir las Habilidades sociales necesarias, después de analizar las diferentes circunstancias de la situación real y la adecuación de su comportamiento a dicha situación
- Sea capaz de reproducir las habilidades sociales de forma espontánea (no mecánica) en otros momentos y ambientes (en la vida real).

En educación sexual son especialmente útiles los procedimientos propios del entrenamiento en habilidades sociales porque permiten representar mental, motor y verbalmente todas las situaciones porque pueden plantearse: Hacer una invitación, decir algo agradable, decir sí, no, ponerse de acuerdo sobre el tipo de relación que se desea, ya que según Insúa (op cit.) muchas personas muestran una importante carencia de habilidades para hablar de temas relacionados con la sexualidad y la prevención, en particular cuando se abordan los aspectos más íntimos; el cómo se negocian las relaciones sexuales es valorado de forma diferente según el sexo y depende de la construcción del riesgo y de la confianza, lo cual difiere según el tipo de relación, el grado de intimidad y el tipo de encuentro sexual, por ejemplo, cuando los encuentros sexuales son ambiguos, ya que las personas no suelen tener claro si la situación terminará convirtiéndose en un encuentro sexual y esto potencia el peligro de las malas interpretaciones, provocando que la negociación sobre el uso del preservativo sea algo muy delicado, pues si se habla demasiado pronto, la persona que lo propone puede ser tildada de presuntuosa o apresurada. Es por eso que el momento en el cual se plantee este tipo de negociaciones es fundamental, pues decirlo cuanto antes, de manera franca y clara, puede conducir a algunos problemas según las explicaciones dadas; por lo que para no enfrentarse a reacciones de este tipo, muchas personas prefieren dejar que los hechos vayan transcurriendo hasta tener cierta confianza y seguridad en que no van a ser rechazadas al proponerlo. En ésta situación se pueden dar dos problemas: a) Que en algunas ocasiones la confianza y seguridad en la pareja se establece después de haber mantenido sucesivas relaciones sexuales; b) que se espere hasta que el nivel de excitación

sea tan elevado que sea prácticamente imposible proponer a la pareja la necesidad de prevenir (Insúa, op cit.).

Sin embargo, hay que considerar que el uso del preservativo es menos probable cuando en el encuentro sexual existe una gran ambigüedad e incertidumbre y cuando uno o los dos miembros de la pareja no tienen la expectativa de usar condón. Por lo anterior, Insúa (op cit.) sugiere que las estrategias de intervención deben estar diseñadas para promover la intención del uso del preservativo con sus parejas sexuales deberían favorecer el desarrollo de habilidades de negociación y comunicación para incrementar a su vez tanto la percepción de control de éstas mujeres como de sus habilidades para negociar.

Es por ello, que López et al. (1995) plantean que el entrenamiento en habilidades sociales debe optimizar las capacidades conductuales que son útiles en las relaciones interpersonales, para que de ésta manera se remuevan las dificultades que impiden poner en juego todas las capacidades afectivas y cognitivas que tienen las personas para relacionarse, se desarrollan y optimizan estas capacidades y se adquieren hábitos de conducta que permiten relacionarse de forma satisfactoria (por ejemplo, para iniciar, mantener y romper relaciones); así mismo, proponen:

1. Hacer sesiones repetidas una o dos veces a la semana, entre 20 y 60 minutos de duración.
2. Los alumnos deben ser preparados para éstas técnicas, explicándoles los objetivos de ellas, los procedimientos que se seguirán, los beneficios que obtendrán, el carácter novedoso y atractivo de ella.
3. La situación ideal de los alumnos es, estar sentados en forma de herradura, creando un espacio de representación.
4. Es fundamental que las tareas sean realistas, que tengan validez ecológica, de forma que los alumnos puedan hacer un aprendizaje significativo.
5. Conviene hacer, con cada habilidad, secuencias de modelamiento, representación de papeles, retroalimentación y tareas de generalización para casa

No obstante, si la persona no tiene claro que quiere o que postura tiene ante algunas circunstancias, será fácilmente manipulable y conformistas (Döring, 2000); Conduciéndolos a actuar en contra de lo que realmente piensan y quieren (López et al. op cit.).

3. 9. 3 ... Toma de decisiones

Otro elemento que las personas deben tener bien definidas y claras, son las elecciones, decisiones, así como aquello que piensa, quiere y desea hacer o no, para que cuando se este en ciertas situaciones o tenga que expresarlo efectivamente, lo pueda hacer; sin que otro (s) decidan por ella, sin ambigüedad y sin dejarse manipular por otro (s). Y si hay un cambio de opinión y se decide actuar de otra forma, será a partir de la negociación con la otra persona, de tal manera que ello no atente contra la salud física, social y psicológica de ambos (López et al., op cit.).

Es importante que un individuo tome sus propias decisiones, en especial los adolescentes, ya que muestran Pick et al. (1995), se ha demostrado que el involucrarse en la toma de decisiones aumenta de manera importante los sentimientos de satisfacción personal y de compromiso con esas decisiones.

Un modelo racional de toma de decisiones recomienda que se practique lo siguiente cada vez que se haya de tomar una decisión

- 1) Obtener información.
- 2) Analizar los valores propios.
- 3) Hacer una lista de ventajas y desventajas de las diferentes alternativas.
- 4) Calcular cuánta probabilidad hay de éxito con cada una de las alternativas.
- 5) Analizar las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de la decisión.
- 6) Evaluar los resultados de la decisión.

Por otro lado, es importante que para que los individuos puedan relacionarse adecuadamente y pongan en práctica las habilidades antes mencionadas; tengan una adecuada autoestima, ya que como se expresa

adelante, las personas que tienen buena autoestima pueden comunicarse efectivamente, ya que tienen confianza en sí mismos.

3. 9. 4 ... Autoestima

El ser humano tiene la capacidad de reconocerse, atribuirse una identidad y valorarse, o sea, sabe quien es y se valora de una determinada manera. De acuerdo con Pick et al. (1995) la autoestima es la capacidad de tener confianza y respeto por uno mismo López et al. (1995) indican que es la valoración que cada persona hace de sí misma; tal valoración puede referirse a cosas o aspectos concretos (autoestima situacional; decir: Soy antipático o referirse a toda la persona (sensación general de que uno vale poco). De tal manera, que es fundamental para la salud psíquica y social tener una buena autoestima, pues quienes tienen una autoestima baja se rechazan a sí mismos, tienen más dificultades para relacionarse con los demás en las áreas social, laboral y sexual, no desarrollan adecuadamente todas sus capacidades, suelen estar llenos de pensamientos negativos referidos a sí mismos; en resumen, son víctimas de su propia autoconsideración, distorsionando la visión de sí mismos y de la realidad que les rodea (López et al., 1995); mientras que quienes tienen una visión realista de sí mismos y aceptan positivamente esa realidad, se sienten a gusto consigo mismo, se abren confiadamente a los demás, conocen sus verdaderos límites y posibilidades, tienen mayor éxito social y relaciones interpersonales más satisfactorias.

Así mismo, una buena autoestima nos permite crecer, ser libres, creativos, alegres, amistosos, amorosos, sentirnos plenos y con capacidad de dar y recibir. Sin embargo, en la adolescencia la autoestima se debilita pues uno de los factores importantes, como es la imagen corporal, cambia y se da la confusión de roles, además, en ésta etapa el individuo cuestiona, rechaza, pregunta y necesita que los adultos le ayuden a valorar sus logros con el fin de fortalecer su posición personal y su estima (Pick et al., 1995).

En el campo de la sexualidad, quienes tienen una autoestima adecuada; tienen menos riesgos de embarazo no deseado, frustraciones relacionales, se abren más confiadamente a los demás, se comunican mejor, es decir, tienen relaciones más satisfactorias. Quienes tienen baja autoestima y no tienen esperanza para el futuro, es más probable que se involucre en actividades de riesgo, como de alcohol, las drogas o la actividad sexual sin anticoncepción (López et al., 1995).

Por lo anterior, la finalidad de este trabajo es diseñar un programa alternativo de Educación Sexual científica y racionalmente planeada, formativa e informativa, se diseñe un programa especial para los adolescentes de 17 a los 21 años, que incluya técnicas y actividades que desde la Psicología con un enfoque cognitivo conductual que prevengan las diferentes dificultades a las que se enfrenta el adolescente, para que tenga una mejor calidad de vida; que las personas en éste caso los adolescentes y jóvenes interesados y decididos a buscar información, la reciban por medio de actividades y cosas que le resulten atractivas, donde puedan cambiar las ideas erróneas o mitos, resolver sus dudas, conocer y compartir más de lo que su entorno les permitía entender, además de que desarrollen y pongan en práctica las habilidades para relacionarse efectivamente, o sea, que puedan decidir y comportarse de acuerdo a lo que conocen y desean, respetando las decisiones y comportamientos de los demás.

De ésta manera se propone un programa de educación sexual que consiste en dar un taller, apoyados en dos materiales: Un manual para el coordinador, donde pueda guiarse al trabajar con los adolescentes éstos temas, que propicie que los participantes puedan expresar sus ideas y conocimientos, además de hacerlo de manera verbal, donde ellos mismos observen el cambio (como retroalimentación); y por otro lado, un manual dirigido a los participantes en el cual puedan volver a revisar o trabajar temas abordados en el taller y donde los adolescentes puedan volver a consultar sus dudas, referencias y lugares o instituciones donde acudir cuando lo requieran.

Ahora bien, esta propuesta consiste básicamente en: a) Un manual para el coordinador: el cual se compone de 13 sesiones, en las cuales se da una breve introducción sobre el tema a tratar, se describen los objetivos general y específicos por sesión, las actividades de los participantes, la forma de evaluar el conocimiento y creencias erróneas, los materiales a utilizar en la sesión, la duración total de la sesión y por actividad, la descripción de las actividades, especificando los tiempos para cada uno, así como las indicaciones o instrucciones para el coordinador, entre otras cosas. También contiene anexos-evaluaciones (tanto para evaluar todo el taller -pre y post-, como para evaluar cada tema, por sesión), los cuales se utilizarán cuando las actividades descritas lo indiquen, así como anexos-trípticos (los cuales contienen breve información sobre los diferentes temas de sexualidad y algunos lugares y teléfonos donde acudir para obtener más información), los cuales se refieren a los diversos temas a abordar en las sesiones; b) En el manual de los participantes, se integran las sugerencias en el manejo del manual y aprovechamiento del taller, información biológica, social y psicológica acerca de los diferentes temas tratados en el taller, siguiendo el mismo orden de las sesiones, contiene también algunas sugerencias para los adolescentes respecto al tema, así como bibliografía de consulta recomendada sobre los distintos temas (libros, páginas de internet), para conocer más acerca de ello.

El número de sesiones diseñadas consistió en 14 sesiones y corresponden cada una a los diferentes temas y subtemas según se indica en la siguiente lista, de los cuales, respecto a sexualidad ya han sido propuestos o trabajados en otros programas dirigidos a esta población, además, de que son temas que giran entorno a sus creencias erróneas o poca información, lo cual probabiliza las situaciones de riesgo o problemas en la relación de pareja en cuanto a la conducta sexual, evidenciando así la necesidad de educación sexual con relación a:

- Sexualidad
- Autoestima
- Reconocimiento corporal

- Habilidades sociales: Asertividad
- Habilidades sociales: Toma de decisiones y negociación
- Virginidad,
- Orgasmo,
- Masturbación,
- Métodos anticonceptivos,
- Embarazo y aborto,
- Infecciones de Transmisión Sexual,
- Homosexualidad
- Alternativas sexuales.

Respecto a la duración de las sesiones, se tiene estimado que sean 120 min. y se propone que el taller sea integrado por 15 a 20 participantes, donde un elemento indispensable para llevar a la práctica en este taller, será considerar todas las sugerencias descritas en el manejo del material, las cuales estarán en el manual integradas y dirigidas tanto a los instructores como a los participantes.

Finalmente, para evaluar la eficacia del programa se propone evaluar a los participantes con un cuestionario en la primera y última sesión. Cabe mencionar que en cada una de las sesiones también se tiene planeado introducir algunas evaluaciones para aplicarse al final de la sesión, con el propósito de evaluar aspectos trabajados en esa sesión o tema específico, y otras serán exploratorias sobre sus conocimientos, ideas y actitudes tanto correctas o adecuadas como de las erróneas, con el fin de conocer, dar cuenta y retomarlas en el curso de las sesiones ya sea para modificarlas o reafirmarlas.

Ahora bien, el programa se puede consultar en los anexos que se presentan en el presente trabajo.

CONCLUSIONES

Como parte del proceso que se ha venido realizado en México respecto de los programas de educación sexual, es pertinente mencionar que si bien es cierto que, con información los individuos pueden tener una vida sexual más placentera, responsable y con experiencia (Barragán, 1991), también es cierto que muchas veces los programas no generan interés y participación activa, ya que la forma en que se presenta resulta limitada y poco ajustada a la fase de la adolescencia en la cual se encuentran, pues tienden a generalizar un taller para adolescentes de que abarcan edades de 11 a 21 años, siendo que debido a su desarrollo psicosexual sus necesidades e intereses son diferentes.

Este programa surge por un lado cómo consecuencia de que en la adolescencia como etapa donde ocurren diferentes cambios, donde la manera en cómo se vive la sexualidad juega un papel muy importante en la vida del adolescente; generalmente, comienzan a ejercer activamente su sexualidad con poca información e ignorancia al respecto, presentando conductas de riesgo y generando distintos problemas en su salud. También surge porque diferentes programas de educación sexual aplicados en México presentan deficiencias en cuanto a las estrategias, contenidos, tiempos y temas.

Así, el diseño del programa de educación sexual, cumple con los elementos básicos que algunos autores señalan como Cadena (1990; citado en García y Medina, 1996) y Monroy (1991), debe contener un programa de educación sexual, pues el programa proporciona con fines formativos e informativos, información de tipo teórica, científica, veraz y racionalmente planeada (coherente a la población adolescente mexicana), debe basarse en el desarrollo psicosexual del individuo. El programa utiliza como apoyos, diferentes medios para cumplir su propósito: Folletos, libros y revistas, así mismo, incluye diversas técnicas y actividades para hacer del programa un taller de tipo vivencial. Así mismo, trata de cubrir las carencias o limitaciones que otros programas se han desarrollado en México con la población meta:

En cuanto al programa realizado por IMIFAP con el material *Planeando tu vida*, diseñado por Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas, (1995), no presentaba evaluaciones, no contenía actividades específicas para la reflexión y comprensión de los diferentes temas y limita el papel del coordinador, pues no debe tratar con las emociones, sentimientos que se generen al tratar las temáticas especificadas. Sin embargo, en el presente diseño “Construyendo tu sexualidad”, se presenta no sólo el instrumento para evaluar (Pre y Post) el taller, sino que también se incluyen diversas evaluaciones para evaluar el proceso del taller (por sesión/tema), además de otros formatos para indagar el conocimiento previo que los adolescentes tienen antes de recibir la información. A partir de la secuencia de los temas y del diseño de las actividades se guía y evidencia la reflexión de los participantes en cuanto a los temas abordados en el taller. Así mismo, se indaga la comprensión o entendimiento de los participantes, pretendiendo así valorar su sexualidad. Y aunque el taller puede ser aplicado por cualquier persona que cumpla con el perfil del coordinador, el tratamiento de los temas puede ser optimizado si el coordinador es un psicólogo dado que conoce los procedimientos en el cambio de ideas irracionales, toma de decisiones y una forma efectiva tanto de manejar sus emociones y sentimientos, como de comunicar sus deseos y hacer vales sus derechos (asertividad) en el ámbito sexual y el cumplimiento de su proyecto de vida.

En lo que respecta al material *Yo adolescente: Respuesta claras a mis grandes dudas*, de Pick y Trujillo, (1995), presenta deficiencias en cuanto a la estrategia para presentar la información: ya que lo hace mediante preguntas y respuestas, se incluye poca información sobre los aspectos psicológicos y sociales de temas como virginidad, embarazos no deseados, abortos y no toma en cuenta el conocimiento previo de los lectores o participantes, además de que al igual que en el material anterior, no se incluye evaluaciones y la secuencia en que se presenta la información no tiene coherencia, por ejemplo, presenta una pregunta de virginidad, después de orgasmo, otras de embarazo y regresa con virginidad y así sucesivamente. Por tanto, el programa propuesto aquí presenta la información de diferentes maneras (preguntas y respuestas por escrito y

verbales, exposiciones por el coordinador o por todos los miembros del taller, con ayuda de collage, imágenes, láminas, ejemplificando las temáticas), considerando así que resulta más interesante para los participantes el revisar su manual e involucrarse en las actividades que en el taller se proponen, así mismo, se trabaja con la reflexión y/o el cambio de ideas, se incluyen las evaluaciones, las cuales se les podrían entregar a los participantes para que ellos las integren a su manual como un forma de retroalimentar su cambio. Así mismo, se puede observar una secuencia lógica al cotejar y presentar la información de los temas en ambos manuales.

A cerca de los materiales *Hablemos con los adolescentes* realizado por Casas e Ituarte, (2000) y el de Uribe y Laredo, (2002): *Tú y el sexo*, perdían objetividad al abordar los temas, pues además de redundar en la moralidad, su estrategia consistía en decir al lector o participante lo que debían hacer o pensar, sin llevarlos a un razonamiento, por lo cual, en el presente programa la objetividad está presente en el tratado de los diferentes temas, se pretende que el adolescente reflexione a partir de la información teórica, científica y así por convicción modifique o re-signifique positivamente el ejercicio de su sexualidad.

Si bien, el programa elaborado por Martínez, Becerra y Hernández (1996): *Adolescencia, Sexualidad y Sida: Taller Dinámico Vivencial enfocado al cambio de actitudes*, es un taller que enfatiza y busca el cambio de actitudes de los adolescentes hacia el VIH/SIDA, deja de lado otros aspectos que están muy relacionados no sólo con la sexualidad, sino con aspectos que pueden servir al adolescente a ejercer sana y responsablemente su sexualidad cómo el entrenamiento de habilidades sociales y autoestima. Por ello, el taller propuesto en el presente trabajo no sólo enfatiza en el cambio de actitudes de los adolescentes hacia el VIH/SIDA, sino también otros aspectos como autoestima, la adquisición y desarrollo de habilidades sociales que coadyuven la forma de expresar sus deseos a los demás, de forma efectiva negociar y resolver conflictos con la pareja como es el uso del condón y para decidir lo que quieran hacer, sin dejarse manipular o sentirse mal por lo que ha elegido, entre otras cosas.

Del manual *Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes: Reelaboración de cómo plantear mi vida*; de López, Carpintero, Fuentes, Hernández, Marcos, Martínez y Soriano (1995), donde se proponían diferentes técnicas y actividades para abordar los diferentes temas, más no se mostraba cómo abordarlos con los participantes; el presente programa, retomó algunas de ellas sobre temas como Sexualidad general, masturbación, reconocimiento corporal y habilidades sociales, con la diferencia de que en este material se especifica el contenido y la manera de como tratar con los participantes cada tema.

Del *Programa de Educación Sexual para Adolescentes: Sexualidad Integral* (García y Medina, 1996), dirigido a población adolescente de 12 a 15 años, donde el objetivo era proporcionar las bases (información) para que los adolescentes tomaran decisiones propias sobre su sexualidad; el programa aquí propuesto, retomó este objetivo como parte de las metas que se pretenden conseguir, por lo cual el diseñado es especialmente para la población adolescente de 17 a 21 años de edad, es decir la última fase de la adolescencia, sin embargo, también fue necesario integrar un entrenamiento en habilidades sociales para que tales decisiones las hagan valer ante los demás.

Por otro lado, debido a la población a la que está dirigida el programa, al formato y estrategias: del *Programa de formadores para la prevención de los problemas de salud asociados con el consumo de drogas. Manual de educación sanitaria: Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas* de Insúa (1999), en el cual se proponían actividades dirigidas a individuos usuarios de alguna (s) drogas; el presente proyecto retomó algunos de esos elementos para diseñar e impartir el programa, así como los formatos para evaluar los “Talleres de Sexo más Seguro”, adaptándolos a la población meta.

De ésta manera, en el presente trabajo la forma o estructura en la cual se imparta tal información se trató de reformar como lo sugirió Levesque (2000), pues en primer lugar, en vez de reprimir la información, ejercicio de la sexualidad y la expresión de dudas entorno a ella e intimidar la búsqueda; se busca que los adolescentes se interesen y reflexionen los diferentes temas, hablen acerca de ello y busquen información en distintos lugares, colocando al participante como el

principal motor del taller, pues su participación es activa. Así, en segundo lugar, el taller representa un espacio abierto para los adolescentes en el cual puedan resolver dudas, donde la información presentada está integrada no sólo por aspectos fisiológicos, sino también y principalmente por aspectos sociales y psicológicos incluido lo afectivo, lo emocional, lo conductual, la identidad, así como las costumbres, valores y relaciones sociales en torno a los diferentes temas de la sexualidad y de las habilidades que les permitan tomar decisiones según evalúen como conveniente e inconveniente, saludable o no saludable y comportarse de manera eficaz con respecto a su sexualidad.

En tercer lugar, en cuanto al cómo impartir la educación sexual a los adolescentes meta, se proponen diferentes materiales, no solo especificando las estrategias a utilizar, sino también desarrollándolas, entre las cuales se encuentran: Trípticos, material de internet, materiales palpables (de los métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, objetos para la masturbación) y el manual para el adolescente, diseñado especialmente para ésta fase de la adolescencia, en el cual se incluyen no sólo elementos de interés como costos de los diferentes métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, sino también los lugares en los cuales pueden acceder teórica y manualmente a ellos, refiriendo así, los números de teléfono, direcciones y bibliografía disponible en México donde poder consultar o adquirir algún material de interés.

En cuarto lugar, con respecto al contenido y justificación de los temas, en el presente programa la moralidad, imágenes de roles de género, conceptos de normalidad, concepciones de una buena sociedad y conductas buenas no son parte de los aspectos a abordar en el taller, en cambio retoma lo sugerido por López, Carpintero, Fuentes, Hernández, Marcos, Martínez, y Soriano (1995): aceptar que los adolescentes y jóvenes son sexualmente activos, ofreciéndoles este medio educativo con una visión positiva y rica de la sexualidad y de las relaciones interpersonales para que accedan a la actividad sexual completa si así lo deciden ya sea pre-matrimonialmente, no matrimonial o matrimonial, en condiciones adecuadas y sin riesgo.

Así, dado que si ellos no disponen de los medios (material informativo, profesionales, lugares) disponibles que resuelvan sus dudas e inquietudes para hacer uso responsable y sano de sus capacidades, deseos y conductas sexuales, el programa es un medio donde pueden contestar esas cuestiones ya sea a partir del taller, del material otorgado o a partir de las referencias que en esos objetos se encuentran.

De ésta forma, el programa “Construyendo tu sexualidad”, difundido y aplicado a la mayoría de la población adolescente meta, se visualiza como provechoso ya que pretende incidir en las conductas de riesgo de los adolescentes y en sus consecuencias, pues además de proporcionarles conocimientos y herramientas para ejercer su sexual sana y responsablemente, se les sensibiliza acerca de los riesgos a los que está expuestos. Con ello no se quiere decir que este programa sea la solución o la forma de erradicar tales situaciones, sino que éste es un instrumento que puede contribuir en ello, pues tal como lo indican Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas (1995), la educación sexual, puede prevenir diversos problemas, además de ser una forma útil y eficaz de promover una mejor salud de mayor calidad.

Por lo anterior, quienes apliquen el programa, deberán tomar en cuenta otros factores que fungen como socializadores de la sexualidad, pues de acuerdo con Monroy (1991) tienen una influencia muy importante en el individuo, como lo es la familia, la iglesia, los amigos y demás sociedad, pues presenta dogmas, mitos, tabúes, controladores de la conducta en torno a la sexualidad como es la represión y la prohibición sexual que lo único que genera es una concepción negativa de la sexualidad y contribuye el vivirla con una doble moral y no para construir una vida sexual sana, positiva y responsable. Y por tanto, posteriormente se puede considerar intervenir el alguno (s) de esos factores de acuerdo las necesidades y el desarrollo piscosexual de cada uno.

Así mismo, se deben tener presentes las diferencias que la población adolescente tiene de acuerdo a su cultura y lugar geográfico, pues otros programas de educación sexual como es el de Centeno (2003), donde reportan que las diferencias entre comunidades puede ser una desventaja, dado que la

población de zonas rurales, tienen escaso acceso a la información (médica, bibliográfica, tecnológica) y recursos económicos para adquirir métodos anticonceptivos en farmacias o tiendas de autoservicio, en comparación con los de zonas urbanas. Por lo cual, esta propuesta de educación sexual apoya lo sugerido por Levesque (2000) sobre promover las reformas necesarias en cuanto a las legislaciones relacionadas con lo anterior, así como incrementar los horarios que el sistema curricular designa para la educación sexual específicamente en nuestro país.

Por otro lado, pueden hallarse dificultades relacionadas a las características del coordinador (señaladas en el manual para el coordinador), pues para poder cumplir con lo que idealmente se esperaría de él, sería necesario evaluarlo y capacitarlo, sin embargo, ello no debe significar un obstáculo para quienes pretendan aplicarlo, pues si no se puede hacer la evaluación y capacitación especializada, el perfil puede servir como una base para que el coordinador trate en la medida de sus posibilidades cumplir con tales requisitos.

Finalmente, se sugiere que como este programa, pretende entre otras cosas que los participantes cambien conductas de riesgo para su salud en cuanto a su sexualidad, que aprendan a tomar sus propias decisiones en cuanto a la sexualidad, que aprendan a expresar y negociar (según sea el caso) efectivamente sus deseos, decisiones; que quienes lleven a la práctica el programa, evalúen los conocimientos, actitudes y comportamientos de los adolescentes participantes sobre diferentes tópicos y problemáticas en torno a la sexualidad, que retroalimenten el aprendizaje y cambio de conductas, tanto de manera implícita y explícita. Igualmente, se sugiere evaluar los objetivos tanto general del taller como los citados en cada una de las sesiones (ver Anexo b: "Manual para el coordinador"), apoyándose en los instrumentos de evaluación sugeridos y/o en otros que se consideren convenientes y por último proponer modificaciones a este programa para mejorarlo.

ANEXO A:

Manual para el coordinador

- Perfil del coordinador.
- Sugerencias para el coordinador respecto al manejo del manual y del taller.
- Carta descriptiva por sesiones: 1)Sexualidad, 2)Autoestima, 3)Reconocimiento corporal, 4)Habilidades sociales, 5)Toma de decisiones, 6)Virginidad, 7)Orgasmo, 8)Masturbación, 9)Métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, 10)Embarazo no deseado y aborto, 11)Infecciones de Transmisión Sexual, 12)Homosexualidad, y (13)Alternativas sexuales. En cada una se presenta:
 - Propósito General de la sesión y objetivos específicos
 - Actividades de los participantes,
 - Forma de evaluación,
 - Materiales,
 - Duración de la sesión,
 - Descripción de las actividades,
 - Bibliografía básica y bibliografía complementaria.
- Anexos- evaluaciones.
- Anexos- trípticos.

CONSTRUYENDO TU SEXUALIDAD

TALLER PARA ADOLESCENTES DE 17 A 21 AÑOS DE EDAD.



Bueno.... ya nos quitamos la ropa y ya estoy encima de ti... cuánto tiempo debe pasar para que tengamos un orgasmo??

No tengo ni idea.. Pero lo que si se es que ahora entiendo a mamá y sus dolores de cabeza.

...Por eso la educación sexual
Es para todos a cualquier edad.

MANUAL PARA EL FACILITADOR / COORDINADOR.

SOLANO CLAUDIO ROSA

PERFIL DEL COORDINADOR

Es importante que para tener éxito en los objetivos del taller, se deben considerar las características que el coordinador debe poseer, para facilitar y contribuir en el desempeño de los participantes. Entre ellas se encuentran las habilidades académicas, didácticas, de personalidad y habilidades sociales. Las primeras se refieren a que:

- Sus respuestas deberán estar basadas en el conocimiento científico.
- Deberá conocer los conceptos básicos de la adolescencia.
- Deberá conocer las circunstancias que aumentan o disminuyen las probabilidades de riesgo en los adolescentes y sus consecuencias.
- Deberá conocer técnicas para propiciar la participación.
- Poseer la capacidad para reconocer los casos que requieren ayuda profesional más allá de su competencia y canalizarlos, si los afectados se lo solicitan.

Didácticas:

- El coordinador deberá ser un guía para realizar las dinámicas durante el taller; no será “el sabe lo todo autoritario”.
- Deberá guiar pláticas, debates, discusiones, dinámicas de grupo y otras actividades en forma afectuosa e inteligente, sin tratar de imponer sus propios puntos de vista.
- Tener conocimiento y habilidad de búsqueda bibliográfica y demás material didáctico.
- Deberá contar con la habilidad para realizar materiales atractivos para los participantes, por ejemplo: Collage grande con imágenes visibles y que se relacionen con el tema, los colores que utilice, la limpieza con la que se presenten.
- Deberá mostrar una organización y orden respecto de los materiales y actividades que utilizará en cada sesión.
- Capacidad de retención o habilidades para retomar cosas que hayan pasado anteriormente y que se tengan que mencionar en otro momento.
- Capacidad de improvisación.

Habilidades sociales y características personales:

- Capacidad de análisis y crítica constructiva.
- Deberá inspirar respeto, franqueza, libertad de expresión a los participantes.
- Saber escuchar.
- Deberá mostrar facilidad de palabra para hablar individualmente con una o dos personas y frente a un grupo.
- Tolerante y mediador respecto de ideas, percepciones y comportamientos diferentes a los que la mayoría o él tenga.
- Deberá aceptar su propia sexualidad y la de otras personas.
- Deberá procurar liberarse de prejuicios, inhibiciones o conflictos que puedan reflejarse en sus actitudes o en sus pláticas con los demás, es decir, sus comportamientos serán coherentes en cualquier contexto de acuerdo a lo abordado en el taller.

SUGERENCIAS PARA EL COORDINADOR RESPECTO AL MANEJO DEL MANUAL Y DEL TALLER

Es preciso que antes de aplicar el taller y utilizar el manual, el coordinador, (es) lean la tesis, incluyendo el manual, para tener claro las ideas, información, objetivos, fundamentos, por los cuales es necesario aplicar este taller.

Al aplicar el taller, es importante tomar en cuenta las siguientes sugerencias.

Sugerencias generales

- Tener como guía el manual, lo cual implica que el coordinador deberá tener su propio manual, que incluya las sugerencias tanto para el coordinador como para los participantes, las sesiones, los contenidos, los trípticos y bibliografía recomendada para complementar el tema, así como los formatos de calificación de las evaluaciones.
- Un día antes de cada sesión repasar, ensayar y tener preparados los materiales tales como: copias de cuestionarios y de trípticos, realizar las fichas o sacarles copia, tener listos los rotafolios, los collage, plumones, videos, diapositivas, lápices, buzón, cojines y todos los materiales especificados por sesión.
- Revisar el contenido informativo de cada sesión/ tema y complementar el conocimiento e información con otros documentos o materiales; en el mismo manual se sugieren algunos.
- Tener de preferencia una ficha o los cuestionarios de evaluación final de cada sesión, en la cual coloquen los aspectos que se deben mencionar, especialmente de aquellos donde se contesten las preguntas del cuestionario final (para evaluar) de cada sesión, con la finalidad de asegurar haber abordado lo que se evalúa.
- Sacar del buzón las preguntas que los participantes hayan planteado y contestarlas al inicio o final de la sesión, según convenga.
- Modificar las actividades y tiempo destinados para éstas cuando el coordinador crea pertinente, siempre y cuando se cumplan con los objetivos general y específicos.
- Formar equipos tratando de que todos trabajen con todos; es decir mezclarlos constantemente para favorecer su convivencia e interacción.
- Especificar a los participantes que las evaluaciones tienen la finalidad de explorar o confirmar sus conocimientos y cambios en posturas, comportamientos o ideas, por lo que sus respuestas son de carácter confidencial y que no repercutirá en sus materias.
- Entregar un manual a cada integrante del taller desde la primera sesión, el cual deberá contener las sugerencias para los participantes, los contenidos de las sesiones (información teórica), solicitándoles que integren en ese manual todas las fichas y trípticos que él les vaya dando, para que cuando lo requieran vuelvan a él para consultarlo.

- Procurar integrarse a las dinámicas que lo permitan, por ejemplo: cuando se forme un círculo, estar dentro del círculo y no fuera de él al frente; cuando se trate de retroalimentar a los participantes respecto de su desempeño asertivo, sentarse entre los demás asistentes y dar sus opiniones; en el juego de botella, ser parte de los jugadores.
- Cuando no sepa la respuesta de aquello que alguno de los participantes le pregunte, dirá “No sé, pero investigaré y en la siguiente sesión te lo responderé”.
- Llegar al menos 10 minutos antes (o más) de la cita, para colocar el material en su lugar de acuerdo a las actividades y momentos, probar el equipo (buzón, video, cañón o proyector).

Nota: Si el coordinador pretende obtener resultados de tipo cuantitativo y/o cualitativo, es necesario que las copias de los cuestionarios para pre y post-evaluación, así como de los otros instrumentos de exploración de conocimientos y de evaluación, se las quede para reportar los resultados. También se pueden grabar las sesiones con video cámara y/o grabadora, siempre y cuando, desde la primera sesión se firme una autorización (redactada por el coordinador) por cada uno de los participantes.

Sesión 1.*SEXUALIDAD***INTRODUCCIÓN**

La sexualidad constituye una dimensión cotidiana de nuestras relaciones humanas, es interpretada, regulada, enseñada, aprendida e instrumentada de una forma institucionalizada mediante la familia, la escuela, la religión y sistematizada (Barragán, 1991). Sin embargo, lo que se dice de la sexualidad se ha visto envuelto de mitos, los cuales se extienden como rumores y que no contienen fundamento veraz y confiable, es una opinión no fundada sobre algo relacionada con el sexo y expresada con la convicción que suele acompañar a la ignorancia; tales mitos muestran la escasa y falsa información de nuestra sociedad al respecto, que confunde y mal informa a la gente, al punto de perjudicar la salud sexual; causando problemas en la pareja, formando estereotipos y prejuicios (López, 2003).

El término sexualidad suele utilizarse como sinónimo de procreación, de genitalidad, de relaciones coitales, de orgasmo o cualquier otra dimensión, pero no debe reducirse a ello, pues a parte de que es como una fuerza primaria en la vida del individuo que implica procesos fisiológicos y psicológicos, para definirse socialmente como hombre o mujer, la sexualidad es parte de nuestra identidad básica, se expresa en nuestro estilo de vida, la forma de cómo pensamos, sentimos, la manera de expresar el afecto y comportamiento erótico, lo cual implica la identificación y expresión de género al que pertenecemos (nuestros papeles masculino o femenino), los órganos sexuales, el cuerpo, auto-imagen, elecciones y preferencias, entre otras cosas (Fuertes y López, 1997).

Es pertinente que los jóvenes dispongan de información verídica y confiable, dado que la libre información sobre la realidad y los cambios socioculturales hacen que los mitos sexuales dejen de serlo y optimizan una vida sexual sana y satisfactoria.

PROPÓSITO GENERAL DE LA SESIÓN: Integración de los participantes e introducir a los mitos y realidades de la sexualidad.

Objetivos específicos:

- Integración de los participantes en el taller,
- Realizar la preevaluación de conocimientos generales sobre sexualidad a los participantes

- Introducir al tema de sexualidad
- Conceptuar la sexualidad como una parte integral del ser humano
- Desensibilizar a los participantes respecto de los términos de sexualidad.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES: Responder a las preguntas planteadas por el coordinador, opinando sobre los tópicos revisados, exponer sus dudas.

EVALUACIÓN DE LA SESIÓN: Mediante la participación de los asistentes, con las preguntas expresadas verbalmente o por escrito.

MATERIALES: Proyector, 15 sillas y/o cojines o 1 alfombra, 1 Buzón, trípticos, copias de Cuestionarios, láminas para las dinámicas, Lápices y Manuales.

DURACIÓN: 120 min.

COMENTARIOS:

Por ser la primera sesión del taller, se comenzará máximo 10 min. después de la hora acordada, sin embargo, es preciso que tanto al inicio, como al terminar la sesión, se pida a todos los integrantes del taller puntualidad; por respeto a los demás y para que se puedan realizar las diferentes actividades. Es necesario informar que las sesiones comenzarán máximo a los 5 min. después de la hora indicada, pues si se inicia después, las sesiones terminarán más tarde o no se cumplirá con lo planeado. En caso de que las condiciones (horarios que no perjudiquen a los demás) lo permitan, se puede negociar hasta 15 min. siempre y cuando se realicen todas las dinámicas diseñadas.

ACTIVIDADES:


1.- Bienvenida. El coordinador se presentará ante el grupo, diciendo su nombre e indicando a los participantes cuál es el objetivo general del taller y de esta sesión. Además, agradecerá a los jóvenes su asistencia al taller, el interés en temas tan importantes en la vida del ser humano, la inquietud de conocer más a todos y mencionará que el taller tratará de tomar en cuenta las expectativas de ellos y que sólo los conocerá por la participación en las dinámicas.

Deberá recalcar que en cada sesión ya sea al empezar, durante o al terminar, los participantes deberán expresar sus dudas, sugerencias, opiniones o reclamaciones; exponiéndolas verbalmente, acercándose a él y/o escribiéndolas y depositándolas en el buzón (caja) que se colocará en algún lugar del recinto.

Tiempo aproximado para la bienvenida: 5 min.

2.- Dinámica de integración. El coordinador designará parejas, preferentemente desconocidos y de diferente sexo. Les indicará que deberán platicar sobre sus características personales o aquello con lo que crean que los demás los pueden conocer o identificar y para guiarse, podrán tomar en cuenta la lámina que contiene el siguiente cuadro y que colocará en el pizarrón o en algún lugar visible.

A mí me gusta...
Tengo...años
Me gusta que me digan...
Entre al taller porque...
Me gustaría que el taller fuera...



Tiempo aproximado para la dinámica: 10 min.

Posteriormente, el coordinador pedirá que los integrantes de cada bina se presenten mutuamente frente al grupo, refiriéndose a las características que mencionaron anteriormente.

Tiempo aproximado para la dinámica: 15 min.

3.- Aplicación del cuestionario (Pre-evaluación). El coordinador entregará a los participantes la hoja del "Cuestionario" (Anexo-evaluación no. 1), pidiéndoles que lo contesten y cuando terminen se lo devuelvan. Les explicará que tal cuestionario tiene la finalidad de conocer la información que tienen hasta el momento sobre los temas a tratar en el taller y para que al término de este se haga una comparación en cuanto a cambios positivos en su conocimiento y posturas.

Tiempo aproximado para la dinámica: 20 min.

4.- Ejercicio "La sexualidad". En el pizarrón, el coordinador escribirá la palabra SEXUALIDAD y a continuación, pedirá a los participantes que cada uno mencione palabras o términos que tengan que ver con la sexualidad y que preferentemente contengan alguna de las letras que contiene la palabra sexualidad. Conforme las vayan mencionando, el facilitador las irá escribiendo en el pizarrón, formando una

crucigrama y en caso de que las palabras ya no quepan o que no tengan que ver con las letras sexualidad, entonces se colocarán a un lado del crucigrama, ejemplo:

				A	O	E	O		
N				N	I	R	E		
O		S		I	B	O	S		
I	G	E	M	G	A	T	E	P	
S	E	X	U	A	L	I	D	A	D
E	N	O	J	V	M	C		R	
R	E		E			O		E	
P	R		R				R	J	
X	O							A	
E									

Otras de las palabras que se podrían proponer o complementar por el coordinador, son:

- forma de ser
- homosexual
- testículos
- pene
- roles sexuales
- sensualidad
- femenino
- masculino
- reproductor
- Sentimientos
- relaciones sexuales
- Amistad
- afecto
- imagen corporal
- placer

Tiempo aprox. para la actividad: 5 min.

Posteriormente, el facilitador mencionará que efectivamente, *"la sexualidad es la parte integral del ser humano y no se circunscribe al coito, sólo es una parte, pues la sexualidad es la unión de lo biológico, lo social y lo psicológico, que se expresan en todo lo que la persona hace, en el cómo se comporta, en las actitudes que tiene. Por lo que la sexualidad se lleva desde que se nace hasta la muerte"*.

Cierre del ejercicio. El facilitador pedirá a los jóvenes que mencionen respecto de cada palabra que fueron mencionando, si se incluye en la parte biológica, social y psicológica que implica la sexualidad, ejemplo: Roles sexuales- social, testículos- biológico, deseo- psicológico

Tiempo aprox. para la actividad: 5 min.

5.- Ejercicio "No tiene nada de malo decir"... El coordinador mencionará que: *"Debido al carácter de tabú otorgado a la sexualidad, hay muchos términos con los cuales designamos los tópicos que giran entorno a ella y que todos manejamos, por eso cada uno escribirá como mínimo un término o palabra acerca de los conceptos que estarán en las láminas que coloque el coordinador"*. Las láminas pueden ser:

Vagina	Pene	Senos	Sexo oral	Masturbación	Acto sexual (coito)
--------	------	-------	-----------	--------------	---------------------

Tiempo aproximado para la dinámica: 5 min.

Al terminar, el coordinador pedirá que alguien lea los sinónimos escritos en la primera lámina, después otra persona leerá lo escrito en la segunda lámina y así sucesivamente. Enseguida, discutirán en grupo sobre:



¿Alguien se sintió apenado, incómodo al ver, leer en voz alta, escribir los términos? ¿Si, no, Porqué?

¿Cuáles son los momentos o situaciones en las que utilizamos los términos vulgares?

¿Cuáles son los momentos en los que utilizamos los términos correctos?

El facilitador deberá colocar este recuadro frente al grupo en una lámina.

Cierre del ejercicio. El coordinador enfatizará que: *"aún cuando muchos de los términos antes referidos por todos sean comunes, o propios de la sociedad donde vivimos, es importante que también digamos los términos, pene, vagina, masturbación sexo... como si dijéramos cabeza, manos, pie, voy a la escuela, hago la comida... ya que son partes de nuestro cuerpo o actividades que si se ejercitan responsablemente resultan saludables para las personas"*.

Tiempo aproximado para la dinámica: 10 min.

6.- Exposición de la introducción. El coordinador dará una breve introducción sobre el contenido del tema - sexualidad humana- apoyándose en diapositivas o láminas, con las cuales se explicará el porque de los mitos sexuales y el cómo afectan en la vida social, emocional y sexual de la vida de las personas. Así como de la importancia de conocer y reconceptualizar nuestras ideas y conocimientos de tales temas.

Tiempo aproximado para la dinámica: 10 min.

7.- Entrega de manuales. Se hará la entrega de un manual a cada participante e indicará que es un apoyo para el taller, en la carátula deberán colocar su nombre completo. Brevemente, revisarán lo que contiene (contenidos informativos de las sesiones, recomendaciones, indicaciones de uso del manual), deteniéndose a leer las

indicaciones generales de uso del manual para los participantes. Recomendándoles leer en casa el contenido sobre sexualidad, para que si tienen alguna duda la escriban en él y en la siguiente sesión se las resuelva.

Tiempo aproximado para la dinámica: 10 min.

8. Entrega de trípticos y cierre de la sesión. El coordinador entregará un tríptico no. 1 "Sexualidad" (ver Anexos trípticos), para revisarlo con todos los miembros del taller. Al terminar pedirá que cada uno escriba en un papel preguntas en cuanto a los diferentes temas a tratar y lo coloque en el buzón, para contestarlas en las siguientes sesiones (preferentemente cuando el tema se relacione con la pregunta).

Tiempo aprox. para revisar el tríptico: 5 min.

Además, les indicará que tendrán una tarea que realizar y es la siguiente:

Tarea: **-El vaso de agua.** El coordinador explicará que para la cuarta sesión es necesario que ya hayan realizado lo siguiente: *"ir solos, de preferencia a algún restaurante (Vips, Sanborns, Mac´Donals) o a alguna casa que no sea de algún conocido y pedir que te regalen un vaso de agua, tomarla, dar las gracias y salirte; no comprar o consumir algo, sólo hacer eso"*.

Tiempo aproximado para el cierre: 5 min.

Bibliografía Básica para el coordinador:

- Barragán, F. (1991). *La educación sexual: Guía teórica y práctica*. México: Paidós.
- Cañada, E., Rodríguez, A. y Truño, M., (n.f). *Los derechos sexuales y reproductivos a través del cine: Sexualidad e identidad y relaciones de género*. Obtenido el 10 Junio de 2005, desde <http://www.edualter.org/material/cineiddssrr/forum/forum.pdf>
- CONAPO, (1982). *La Educación de la Sexualidad Humana*. México: CONAPO, Programa Nacional de Educación Sexual.
- Fuertes, A. y López, F. (1997). *Aproximaciones al estudio de la sexualidad*. España: Amaru.
- Hierro, G. y Hernández, G. (1991). *Cuadernos de Psicología*. México: Escuela Nacional de Estudios Profesionales, Iztacala. UNAM.
- Katchadourian, H., (1992). *Las bases de la Sexualidad humana*. México: Continental.
- López, P. (2003). *Mitos sexuales*. Obtenido el 7 de Octubre de 2003, desde <http://www.es.geocities.com/textoyarticulos/sxll.htm>
- López, F., Carpintero, E., Fuentes, A., Hernández, A., Marcos, C., Martínez, L. y Soriano, S. (1995). *Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes: Reelaboración de cómo plantear mi vida*. Madrid: Siglo XXI.
- Madueño, C. (2004). *El Sexólogo en casa*. España: Diana.
- Rodríguez, M., Frías, I. y Barroso, R. (n.f.). La sexualidad del adolescente. En: María Elena Orozco J. *Generalidades de las Ciencias Biomédicas*. Editora: Orozco Jiménez Ma. Elena.

- Sexuality information and education council of the United States (SIECUS, 2004) *Establecer el Vinculo: Sexualidad y Salud Reproductiva*. Obtenido el 28 de Febrero del 2005, desde <http://www.siecus.org/pubs/vinc/vinc0001.html>
- Tiefer, L. (1980). *Sexualidad humana*. México: Harper y Row latinoamericana.

Bibliografía Complementaria para el coordinador:

- Abcmedicus (2002). *Sexualidad*. Obtenido del 8 de Junio del 2005, desde <http://abcmedicus.com/articulo/pacientes/1/id/115/pagina/2/sexualidad.htm>
- Centro de estudios de población (CENEP, 2000). *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en Salud sexual y reproductiva*. Obtenido el 30 de Junio del 2005, desde <http://www.adolesc.org/pdf/normasweb.pdf>
- Convención de los Derechos de la Niñez (CDN, 2002). *La convención de los derechos de la niñez y los derechos sexuales reproductivos de los adolescentes*. Obtenido el 2 de Junio del 2005, desde <http://www.thais.org.mx/cdn/cdn03.html>
- Crecer con más seguridad, (2005). *Sexualidad*. Obtenido el 2 de Junio del 2005, desde <http://crecer.tamaulipas.gob.mx>
- Crooks, B. (2000). *Nuestra Sexualidad*. México: Internacional Thomson Editores.
- Grupo de Información de Reproducción Elegida, A.C. (2004). *Hoja informativa los derechos reproductivos en la legislación y en las políticas públicas de México*. Obtenido el 2 de Junio del 2005, desde <http://www.gire.org.mx>
- Instituto Mexicano de la Juventud (n. f.). *Sexualidad*. Obtenido el 30 de Mayo del 2005, desde <http://imjuventud.gob.mx/main/asp>
- Insúa, P. (1999). *Programa de Formación de formadores para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. Manual de Educación Sanitaria: Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas*. Obtenido el 14 de Septiembre del 2004, desde <http://mir.es/pnd/publica/pdf/maedsan.pdf>
- Inteliviven.com-Venezuela, (2001). *Sexualidad*. Obtenido el 7 de Octubre de 2003, desde <http://inteliviven.com/sexualidad/41.asp>
- Mckinney, P., Fitzgerald, E. y Strommen, A. (1982). *Psicología del Desarrollo: Edad Adolescente*. México: Manual Moderno.
- Pick, S. y Givaudan, M. (1998). *Deja volar a tu adolescente*. México: ¿Ídeame?
- Pick, S., Aguilar, A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, E., Pier, D., Acevedo, P. y Vargas, E. (1995). *Planteando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes*. México: Planeta.
- Pick, S. y Trujillo, E. (1995). *Yo adolescente: Respuestas claras a mis grandes dudas*. México: Planeta.
- Sociedad española de contracepción (2005). *Manual de salud reproductiva en la adolescencia*. Obtenido el 16 de Mayo del 2005, desde <http://www.sec.es/mbuscar.htm>
- Torres, C., (2004). *28 de mayo: Derechos sexuales y reproductivos*. Obtenido el 8 de Junio del 2005, desde <http://www.mujereshoy.com/secciones/2032.shtml-30k-8Jun2005>
- Unidad de Investigación epidemiológica y en servicios de Salud al adolescentes (UIESSA, 2004). *Manual de autocuidado de la salud de adolescentes*. Obtenido el 25 de Mayo del 2005, desde <http://148.202.92.157/uiessa/manual/index.htm>
- Uribe, M. y Laredo, C. (2002). *Tú y el sexo: Educación sexual*. México: Editorial.
- Vamos México, (2005). *Guía de padres 3*. México: Editorial infantil y Educación, S. A. De C. V.

Sesión 2.*AUTOESTIMA***INTRODUCCIÓN**

La autoestima es la valoración que cada persona hace de sí misma, es el sentimiento que surge de descubrirse, de autodisciplinarse y de aceptarse uno (a) mismo (a), es la capacidad de tener confianza en las habilidades y capacidades de cada uno para resolver las dificultades en la vida, es el respeto por uno mismo, es decir, es considerarse una persona con derecho a expresar, valorar y defender sus intereses y necesidades; pensar que se es alguien valioso, respetable y con derecho a ser feliz (Pick y cols, 1995; López y cols. 1995).

Quienes tienen una autoestima baja se rechazan a sí mismos, tienen más dificultades para relacionarse con los demás en el área social, laboral y sexual, no desarrollan adecuadamente sus capacidades, suelen estar llenos de pensamientos negativos referidos a sí mismos; en resumen, son víctimas de su propia autoconsideración, distorsionan la visión de sí mismos y de la realidad que les rodea.

Quienes tienen una visión realista de sí mismos y aceptan positivamente su realidad, se sienten a gusto consigo mismos, se abren confiadamente a los demás, conocen sus verdaderos límites y posibilidades, mantienen relaciones interpersonales más satisfactorias y alcanzan el éxito social. Una buena autoestima nos permite crecer, ser libres, creativos, alegres, amistosos, amorosos, sentirnos plenos y con capacidad de dar y recibir. Por ello es fundamental para la salud psíquica y social tener una adecuada autoestima (López y cols, 1995).

En el campo de la sexualidad, quienes se autoestiman adecuadamente tienen menos riesgos de embarazos no deseados, se abren a los demás confiadamente, se comunican mejor, tienen relaciones más satisfactorias, mientras que, quienes tienen una baja autoestima, no tienen esperanza para el futuro, es más probable que se involucren en actividades de riesgo, como de alcohol, las drogas, que practique conductas de alto riesgo en el terreno sexual, como tener la actividad sexual sin anticonceptivos, en grupo, bajo el efecto de alguna sustancia tóxica (Pick y cols, 1995).

Dado que la autoestima tiene que ver con el grado de valoración que se tenga de uno mismo, el aspecto físico juega un papel muy importante, ya que de acuerdo a cómo se

perciba y acepte la persona, se sentirá a gusto, satisfecho, seguro al hacer uso de sus capacidades y habilidades para solucionar dificultades y desenvolverse en la vida cotidiana (Pick y Trujillo, 1995). Por lo anterior, es importante que los adolescentes tengan una adecuada autoestima.

PROPÓSITO GENERAL DE LA SESIÓN: Los jóvenes analizarán la importancia de una buena autoestima y del reconocimiento corporal en su vida cotidiana y sexual.

Objetivos específicos:

- Incitar a la toma de conciencia, a través de la autorreflexión de las áreas que se deben desarrollar
- Evidenciar que tanto los participantes confían en sí mismos,
- Ayudarlos a aceptar y admitir sus debilidades y limitaciones

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES: Leer las partes que se indican de los contenidos del manual, responder a las diferentes preguntas, exponer sus dudas.

FORMA DE EVALUACIÓN: Con la participación de los asistentes, con las preguntas expresadas verbalmente o por escrito y a partir de los anexos de evaluación-cuestionarios.

MATERIALES: Proyector, Copias de los anexos indicados, 1 Buzón, Lápices, Manuales, Fichas.

DURACIÓN: 120 min.

COMENTARIOS:

Después de esperar 5 min. o el tiempo establecido se comenzará la sesión, pero se recomienda seguir enfatizando a los participantes la importancia de la puntualidad, para poder realizar todas las actividades, así como de traer su manual durante todas las sesiones.

ACTIVIDADES:

1.- **Bienvenida y breve recordatorio.** El coordinador dará la bienvenida y mencionará un poco sobre lo hecho la sesión anterior, así como el objetivo de la sesión.

Tiempo aproximado de la dinámica: 2 min.

2.- Breve exposición sobre autoestima. El coordinador expondrá el tema de autoestima, para ello, solicitará que los participantes abran su manual en el tema de Autoestima, entonces pedirá que alguno de los presentes lea el contenido sobre cómo se define la autoestima.

Tiempo para la actividad: 8 min.

Enseguida, el coordinador pedirá que cierren su manual y contesten el cuestionario "Conciencia y conocimiento de mí mismo" (ver Anexo- Evaluación no. 2).

Tiempo aprox. para la actividad: 5 min.

Al terminar, el coordinador solicitará que vuelvan a abrir su manual, pues a continuación aparece la escala de la autoestima y es a partir de ella, que se trabajará la autoestima de cada uno. Pedirá que una persona lea lo correspondiente al **autoconocimiento**.

Posteriormente, mencionará lo siguiente: *"el cuestionario que acaban de contestar, les refleja que tanto se conocen y son conscientes de lo que les pasa en cuanto a sus necesidades y satisfacción de ellas; entonces es necesario que piensen y consideren el seguir satisfaciendo sus necesidades y estar consiente de lo que les pasa. Así mismo, enfatizará que a veces los autoconceptos pueden verse influenciados por sus estados de ánimo, el trato con ciertas personas y temas o circunstancias específicas cuando no se tiene una buena autoestima, sin embargo, cuando se tiene una autoestima adecuada y se sabe quien y cómo somos, se puede retomar aquello que les sirve para mejorar, pero su autoestima no se ve afectada"*.

Tiempo aproximado de la dinámica: 5 min.

A continuación, pedirá que cierren el manual y contesten el cuestionario: "Soy una persona" (Ir al Anexo 3 de evaluaciones).

Tiempo aprox. para la actividad: 5 min.

Enseguida, el coordinador pedirá que abran otra vez su manual y alguien lea en voz alta lo que se dice sobre el **autoconcepto**, posteriormente les indicará que: *"el manejo del autoconcepto y su variación influyen en el cambio de conducta de una persona, por ello, uno no debe identificarse con un autoconcepto negativo y limitante, que produzca un malestar, tampoco debe tratarse de vivir tratando de sostener una automagen, a no ser la que realmente es. Además, nadie ha nacido para tapete ni para víctima o fracasado sin esperanza"*.

Tiempo aprox. para la dinámica: 5 min.

El facilitador, pedirá a los participantes que vuelvan a cerrar su manual y les proporcionará a cada participante el cuestionario "Cómo estoy" (Ver Anexo-evaluación 4), solicitándoles que contesten lo que se les pide y que al finalizar se lo devuelvan.

Tiempo aprox. para la actividad: 5min.

Al terminar, el facilitador pedirá que retomen el manual y alguna persona lea en voz alta lo correspondiente a **Autoevaluación**, recordándoles que: *"es importante vivir aquí y ahora, por lo que si se hace un presente consciente y valioso, se tendrá un pasado maravilloso y un futuro prometedor, así mismo, es necesario darse cuenta de todos los recursos que se tienen para ser el propio maestro, guía y juez"*.

Tiempo aprox. para la actividad: 5 min.

A continuación, pedirá que otro participante, lea en voz alta lo que se dice de la **autoaceptación**, enseguida les proporcionará el cuestionario ¿Quién soy? (Ver Anexo-evaluación no. 5). Al terminar, el coordinador evidenciará a los participantes que: *"De acuerdo a lo antes dicho y a lo que han contestado, es necesario tratar de estar en un ambiente donde se promueva la confianza, el afecto, el respeto y la aceptación y no seguir en uno donde sus valores son ignorados o rechazados, así como de tener actividades donde sea posible el éxito y no aquellas donde se sabe de antemano que se va a fracasar"*.

Tiempo aprox. para la dinámica: 5 min.

Enseguida, el facilitador explicará que: *"A partir de las características que cada uno ha observado con los instrumentos contestados anteriormente, es oportuno reconstruir su autoestima, con la finalidad de mejorarla; por ello, para ayudarlos a admitir y evidenciar que toda persona tiene puntos fuertes y débiles, pero que éstos no tienen porque hacerlos sentir menos o devaluarlos o avergonzarlos, se realizará la siguiente actividad"*:

1.- Pedir que formen binas, donde cada participante exprese a su compañero 3 o 4 cosas que más les molesta de sí mismo, sus más grandes fallas o debilidades y lo que no les gusta de sí mismo, pero que saben que es cierto, tratando de no tener una actitud defensiva o justificar el porque es así

Tiempo aprox. para la actividad: 10 min.

2.- A continuación pedirá que formen un círculo y que cada participante diga su debilidad más importante diciendo: **Yo soy...** (muy tímido, incapaz de hablar en

público, agresivo, flojo). Y que a continuación, los demás participantes le digan como puede transformar esa debilidad en logro. Por último, el coordinador les sugerirá que se atrevan a llevarlo a cabo, ya que sólo así se irán dando cuenta de la fuerza interna que tienen para hacerlo.

Tiempo aprox. para la dinámica: 10 min.

Continuando con la escalera de la autoestima, el coordinador pedirá que regresen a sus lugares y alguno de los presentes lea del manual lo que corresponde a **Autorrespeto**. Enseguida, pedirá que dos voluntarios pasen al frente y dramatizen la siguiente escena:

La persona A ha dicho a la persona B que es un inepto bueno para nada, que es la persona más estúpida que ha conocido, debido a que B le derramó agua de jamaica en su playera blanca y B contestó que ella no tuvo la culpa, fue A quien se atravesó y como está ciega no se fijó por donde camina. El coordinador indicará a los participantes que usen su imaginación y proponga alternativas, que reflexionen sus respuestas, donde ambos se respeten, sin agredir.

Tiempo aprox. para la dinámica: 10 min.

Posterior a la dramatización, el coordinador expresará que: *"es importante que ante una situación parecida, se piense y reflexione respecto de lo que dicen los demás de mí y que en lugar de reaccionar negativamente, se creen alternativas positivas, donde otros puedan respetarnos y nosotros mismos sigamos sintiéndonos orgullosos de lo que somos"*.

Y pedirá que para cerrar esta dinámica de exposición, alguna persona lea lo correspondiente a Autoestima de la Escalera de Autoestima.

Tiempo aprox. para la dinámica: 5 min.

3.- Ejercicio de cierre: "reflejándonos". El coordinador explicará a los participantes que: *"la siguiente actividad tiene la finalidad de que todos reconozcan no sólo las características positivas y negativas de uno mismo, sino también de los demás"*, para la cual les pedirá que vuelvan a sentarse formando un círculo, guardando distancia al menos de 20 cm. respecto a los compañeros de al lado. Enseguida, les repartirá a cada uno el Anexo 6: "Todos valemos" (Ir al anexo de evaluación), para que lo contesten y para que al terminar se lo devuelvan.

Tiempo aproximado de la dinámica: 10 min.

Al terminar, el coordinador pedirá que tres participantes comenten aquello que les costó más trabajo identificar y a qué le atribuyen esa dificultad.

Tiempo aprox. para la actividad: 10 min.

El facilitador enfatizará que: *"Todas las personas tienen cualidades y defectos, aspectos positivos y negativos, pero que es importante reconocerlos para manejarlos y sentirnos satisfechos consigo mismos y con los demás"*. Además, les regalará una ficha que contenga lo siguiente:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

*Todos tenemos un valor muy especial
por el hecho de ser hombre o mujer,
de cada quien depende ir aumentado
las características positivas de su persona,
disminuyendo o modificando las
características negativas.*

Por último, el facilitador, recordará la tarea de pedir **el vaso de agua gratis** y resolverá las dudas que los participantes expresen.

Tiempo aprox. para la dinámica: 15 min.

Bibliografía Básica:

- Elizondo, M., (1999). *Asertividad y escucha en el ámbito académico*. México: Trillas.
- Estrada, M., Pellicer, G. y Domínguez, M. (1988). *Autoestima: Clave del éxito personal*. México: El Manual Moderno.
- López, F., Carpintero, E., Fuentes, A., Hernández, A., Marcos, C., Martínez, L. y Soriano, S. (1995). *Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes: Reelaboración de cómo plantear mi vida*. Madrid: Siglo XXI.
- Pick, S., Aguilar, A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, E., Pier, D., Acevedo, P. y Vargas, E. (1995). *Planteando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes*. México: Planeta.

Bibliografía Complementaria:

- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós.
- Matthews, A., (2001). *Sé un adolescente feliz*. México: Alamah autoayuda.
- Crecer con más seguridad (2005). En: <http://crecer.tamaulipas.gob.mx>
- Pick, S. y Trujillo, E. (1995). *Yo adolescente: Respuestas claras a mis grandes dudas*. México: Planeta.
- Ribeiro, L. (1997). *Aumente su autoestima*. Barcelona: Urano.
- Venegas, J. (2000). *Estrategias metodológicas para talleres de Sexualidad*. Bogotá: El Manual moderno.

Sesión 3.*RECONOCIMIENTO CORPORAL***INTRODUCCIÓN**

Para poder conocer y desarrollar la autoestima, se pueden seguir los pasos identificados en la llamada "La escalera de autoestima". Donde el primer escalón es el autoconocimiento, seguido del autoconcepto, el tercero la autoevaluación, el cuarto la autoaceptación, el quinto el autorrespeto y el último, como consecuencia de todas las anteriores: la autoestima (Estrada, Pellicer y Domínguez, 1988).

A veces, al trabajar la autoestima de las personas, sólo se toma en cuenta la imagen corporal de manera parcial, es decir abarcan aspectos como estatura, morfología, color de piel, características específicas de la cara, entre otras cosas, y con ello, pareciera que se le resta importancia al conocimiento y aceptación de los genitales al no abordarlos, siendo que se ha demostrado que algunos problemas que pueden darse en la relación de pareja se deben a que las personas no saben manejar cómo conducirse en el área sexual tanto con ellos mismos como con su pareja, así mismo, se ha evidenciado que muchas veces los individuos, en especial los adolescentes inician su vida sexual sin conocer aspectos generales de la sexualidad y mucho menos, sobre las necesidades y características de su propio cuerpo.

PROPÓSITO GENERAL DE LA SESIÓN: Los jóvenes examinarán la importancia del reconocimiento corporal para su salud general y sexual.

Objetivos específicos:

- Propiciar la reflexión en los adolescentes a cerca del conocimiento y aceptación de su cuerpo.
- Evidenciar lo que los participantes saben de una parte de su cuerpo más visible para los demás y para ellos mismos
- Sensibilizar diferentes partes del cuerpo y sentidos de los participantes
- Guiar a los jóvenes acerca de cómo reconocerse corporalmente, aceptarse así mismos y a los demás respecto de todo su cuerpo.
- Sugerir a los participantes sobre cómo reconocer y sensibilizar sus genitales

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES: Responder a las preguntas planteadas por el coordinador, opinando sobre los tópicos revisados, exponer sus dudas.

FORMA DE EVALUACIÓN: Con la participación de los asistentes, con las preguntas expresadas verbalmente o por escrito y a partir de los anexos de evaluación-cuestionarios.

MATERIALES: Proyector, 15 sillas y/o cojines o 1 alfombra, fichas, collage, 5 espejos, cojines pequeños de diferentes cualidades, tres frutas diferentes, 3 botellitas de perfume, 3 plumas de ave, Copias de Anexos, Buzón, Lápices, Manuales.

DURACIÓN: 120 min.

ACTIVIDADES:

1. - Bienvenida. El coordinador deberá dar la bienvenida a los jóvenes e informarles el objetivo general de esta sesión. Así mismo, explicará brevemente lo siguiente: *"Para desarrollar una autoestima, no sólo es necesario que conozcan y acepten su cuerpo en cuanto a sus pies, estatura y demás, sino también sus genitales ya que éstos juegan un papel muy importante en su vida y por que además reflexionarán su importancia con las siguientes actividades"*

Tiempo aprox. para la bienvenida: 2 min.

2. - Ejercicio de evaluación "cuánto sabes de tu cuerpo". El coordinador explicará que para que se den cuenta de qué tanto saben de su cuerpo, será necesario que contesten en silencio las preguntas que vienen en la hoja que les entregará y que al terminar levanten la mano para continuar con la siguiente actividad. La hoja, será el Anexo-evaluación no. 7: *"Cuánto sabes de tu cuerpo"*

Tiempo aproximado de la dinámica: 8 min.

3. - Ejercicio "Qué tanto conozco mis manos". El coordinador explicará que: *"en él presente ejercicio se realizarán ejercicios para inducirlos en el reconocimiento corporal de quienes están a su alrededor en un aspecto muy particular: las manos"*.

El facilitador pedirá que formen binas con el compañero de al lado, después que uno de ellos cierre ojos, mientras que el otro le pregunta si tiene por ejemplo: un lunar o una marca en alguna parte de su mano, para que el que tiene los ojos cerrados le responda si en verdad lo tiene o no. Al finalizar, cambiarán los papeles, sólo que la parte a describir será la cara. Dispondrán de 2 min. por turno para hacerlo.

Tiempo aproximado para la dinámica: 5 min.

Para cerrar el ejercicio, con la ayuda de un collage, el facilitador deberá explicar lo siguiente: " *Muchas veces no conocemos siquiera las partes más visibles de uno mismo, siendo que si uno se ha autoexplorado con la finalidad de: conocerse, ver qué cosas le parecen, que cosas no, si está consciente de lo que pasa en su cuerpo y lo explora de forma consecutiva; fácilmente se puede dar cuenta de los cambios que sufre, pues al hacerlo hará que gradualmente presente un mayor interés en su reconocimiento corporal de sí mismo y de quienes están a su alrededor, ésto mismo hará que se preocupe por su salud, a detectar desde pequeñas o leves irritaciones, hasta bolitas o tumores. En el caso de las mujeres, pueden identificar cuando van a menstruar; entre parejas que tienen relaciones sexuales se suele presentar una mayor sensibilidad a las reacciones del otro; si le gusta o no a la manera en qué se tocan, pueden reconocer cuando el condón se ha roto, o si tienen un orgasmo o si el hombre va a eyacular o cuando ha eyaculado dentro de la vagina*".

Tiempo aproximado de la actividad: 5 min.

4.- Ejercicio de "Relajación". El coordinador explicará que: "*el siguiente ejercicio es una relajación, ya que para comenzar a reconocernos y estar susceptibles a las sensaciones que experimentarán, es necesario un estado de tranquilidad física y mental*".

Entonces, pedirá que en la posición en la que se encuentran (en círculo sentados en el piso) guarden silencio, poner atención y seguir las siguientes instrucciones:

Cierren los ojos,

1. **Vamos** a respirar profundamente... varias veces, vamos a ser conscientes de tu respiración... del entrar y salir el aire en tu cuerpo.
2. Te pido que imagines cómo al inhalar vas llenando tu cuerpo del oxígeno que alimenta todas las células... tejidos y órganos... Al exhalar... te vas liberando de todas tus presiones... de todas las tensiones. Realiza este intercambio, este llenarte de energía... y librate de preocupaciones... Imagina este proceso a través del cual vas llevando a tu cuerpo y a tu mente; a un estado de relajamiento físico y mental.
3. Respira profundamente y concentra tu atención en tu cuero cabelludo. Relaja todos los tejidos... todos los ligamentos que cubren tu cabeza.
4. Relaja tu frente... siente la piel y la vibración de la piel que cubre tu frente (3s).
5. Relaja tus párpados... y los tejidos que rodean tus ojos (3s).
6. Relaja tus mejillas y esboza una sonrisa y relaja aún más profundamente todos los músculos de tu cara (3s).
7. Relaja tu cuello siente su flexibilidad... su capacidad de mantener el equilibrio y el balance (3s).
8. Relaja tu garganta... imagínala como un tubo perfectamente bien aceitado (3s).

9. Relaja tus hombros (2s) siente la ropa en contacto con esta parte del cuerpo y relaja, afloja todos los músculos, ligamentos en el área de tus hombros, prolongando esta sensación hacia tus brazos y manos (3s)
10. Relaja tu espalda siente una agradable sensación de calor que cubre tu espalda (3s).
11. Relaja la parte exterior de tu pecho... siente la piel, la vibración de la piel que cubre tu pecho y relaja... afloja todos los músculos en esta parte de tu cuerpo (3s). Relaja también la parte interior de tu pecho, imagina tus
12. órganos, glándulas, tejidos, tus células funcionando rítmica y saludablemente (3s).
13. Relaja la parte exterior de tu abdomen... siente la ropa en contacto con esta parte del cuerpo y relaja... afloja todos los músculos y los ligamentos en el área de tu abdomen (2s). Relaja la parte interior de tu abdomen... imagina que las glándulas, tejidos, las células mismas funcionando rítmica y saludablemente (3s).
14. Relaja tus muslos... relaja tus rodillas... Siente la piel, la vibración de la piel en tus rodillas, relaja... afloja todos los músculos y ligamentos en ésta parte de tu cuerpo
15. Relaja tus pantorrillas... relaja tus pies (3s) y con esta agradable sensación proyecta en tu mente la imagen de un lugar ideal para descansar... imagina los colores, sonidos, los aromas, la temperatura (5s). Es una escena que para tí representa paz y tranquilidad (2s), te permite sentirte muy bien (2s). Siente estar allí y disfrútalo. Es tu momento, descansa (7s).
16. Ahora piensa positivamente, piensa que cada día que pasa estarás mejor, mejor y mejor, por que estás bien (2s). repite; estoy mejor, muy bien, tengo control completo de mi mismo (2s). En todo momento, mantengo mi cuerpo y mi mente en perfecto estado de salud.
17. Ahora que ya estás más tranquilo, relajado, que te encuentras en perfecto estado: respira; inhala profundamente, vuelve a sentir como cada parte de tu cuerpo se va llenando de oxígeno. Exhala, (2s) es momento de volver a inhalar (2s) y exhalar, poco a poco das movilidad a tu cuero cabelludo, a la piel de la frente vibra...etc.
18. Los párpados de los ojos se mueven y poco a poco se abren y te sientes muy bien. Ahora que ya estás tranquilo podemos continuar.
19. Se espera unos segundos para que todos despierten.

Tiempo aproximado de la dinámica: 15 min.

5.- Ejercicio "Sensibilizándonos". El coordinador explicará que: *"este ejercicio pretende sensibilizar diferentes partes del cuerpo"*.

Para ello pedirá que se enumeren del 1 al 4 todos y después formen equipos los 1 con los demás 1, los 2 con los 2 y así sucesivamente. Enseguida, uno de ellos se vendará con una bufanda o pañoleta los ojos y se deberá concentrarse en las indicaciones que uno de sus compañeros le dé, los otros tres deberán estar atentos a las reacciones que tenga su compañero. El facilitador repartirá los siguientes materiales:


- perfume
- pluma de pollo
- manzana
- lija
- cojín
- zapato

El facilitador pegará en un lugar visible la siguiente lámina, pues contiene las instrucciones a seguir

- ⚡ Pasa por la nariz de tu compañero (sin tocarlo) el perfume
- ⚡ Pasa lentamente por la silueta de tu compañero la pluma
- ⚡ Pídele que toque lo que tiene en sus manos y te diga que está tocando cómo es, que la describa (si es suave, frío, rasposo)
- ⚡ Dale (uno por uno): una manzana, una lija, un cojín, la cabeza de alguien, un zapato y pídele que la toque y te diga qué es.

Tiempo aproximado de la dinámica: 10 min.

🗨️ Al terminar, el coordinador pedirá que los participantes comenten la experiencia que tuvieron los que se taparon los ojos, pueden tomar como base el siguiente recuadro



¿Cómo te sentiste con la actividad?

}

¿Te sentiste en algún momento incómodo?

¿Qué te pareció la práctica?

Cierre de la dinámica. El coordinador enfatizará: *"Es importante conocer todo su cuerpo, perder el miedo o la pena para hacerlo e incorporar esta actividad como parte de sus hábitos, pues todos tenemos defectos y aspectos que nos gustaría cambiar, sin embargo, son parte de nosotros, que nos hace ser diferentes y únicos frente a los demás, por lo que es necesario aceptarlos o cambiarlos en la medida que nuestras posibilidades nos lo permitan, pero con la convicción de que queremos y apreciamos nuestro cuerpo"*.

Tiempo aproximado de la dinámica: 10 min.

6.- Ejercicio "Reconociéndonos". El facilitador deberá explicar que: *"El siguiente ejercicio tiene el propósito de inducir al reconocimiento corporal de sí mismos y de otros"*.

El facilitador pedirá que los participantes se pongan de pie para formar binas, preferentemente por un hombre y una mujer, y que se nombren **A** o **B**, después él

les entregará a cada bina un espejo e indicará que **A** se coloque frente a un espejo y **B** se coloque detrás de ella (él), de tal forma que **B** observe a **A** por el espejo. E indicará que ambos observarán a quien está frente al espejo, aún cuando las instrucciones estén dirigidas para B. Una vez que tomen sus posiciones, dará las siguientes instrucciones:

- Observa detenidamente los pies de quién se refleja en el espejo, aprecia sus tobillos, sus piernas, así como la ropa que las cubre, ya que ésta permite apreciar lo hermosas que son; así largas o pequeñas (dar 5 seg. Antes de dar la siguiente instrucción).
- Ahora, pon atención en su cadera, sube lentamente la vista a la cintura, al tronco en general y observa que aún con la ropa, no se puede negar la situación física, la cual es irreplicable en otra persona, porque ella es única (dar 5 seg.).
- Mira el cuello, reflejado en el espejo, puede ser largo, angosto, chico, pero gracias a él, tu compañero puede sostener la cabeza en la que tú podrás apreciar la forma de sus labios, el tamaño, su color de labios (dar 5 seg.).
- Observa su nariz, que es gracias a ésta que tu compañero respira, es tan importante como las demás partes de su cuerpo, es tan perfecta (dar 5 seg.).
- Y que hay de sus ojos, seguramente han estado en contacto con tus ojos, sin embargo, ellos también demandan tu atención, obsérvalos, ¿son grandes, pequeños, rasgados, de color café oscuro, negro, sus pestañas son rizadas, de paraguas?: ¡Son únicos, no volverás a ver otros ojos en otra persona como los que estas viendo (dar 5 seg.).
- El cabello, ¿ya le pusiste atención?, es largo, corto, relamido, chino, lacio, no importa, pertenece a esa persona tan especial que ahora tiene tu atención y que has tenido la gran oportunidad de observarla y apreciar detenidamente cuán hermoso es su cuerpo. Ahora felicítala por ser así y por permitirte observarla (dar 1 min.). Tiempo total: 2.30 min.


Después, se repetirá el ejercicio, el coordinador pedirá que intercambien los papeles: B estará frente al espejo y A detrás de él.

Tiempo total aproximado de la dinámica: 10 min.

☛ Al terminar el ejercicio los asistentes volverán a sentarse formando un círculo y así cada uno hablará sobre lo que sintieron evaluando del 5 al 1 las partes que mejor aceptan o les gusta, con la que se sienten mejor o no que no les agrada, utilizando el formato del Anexo 8 de evaluaciones "Reconociéndome" (el coordinador deberá darles una copia a cada uno)

Tiempo aproximado de la dinámica: 10 min.

Posteriormente, pedirá que dos o tres personas contesten en voz alta una de las siguientes preguntas:

	<p style="text-align: right;">¿Cómo te sentiste al observarte?</p> <p>_____</p>
	<p style="text-align: right;">¿Cómo te sentiste cuando tu compañero iba observándote?</p> <p>_____</p>
	<p style="text-align: right;">¿En qué partes del cuerpo te sentiste inhibida o con pena al ser observada?</p> <p>_____</p>

Tiempo aproximado de la dinámica: 5 min.

7.- Ejercicio "Imagínate". El coordinador mencionará que: *"dado que ya sensibilizaron y reconocieron algunas partes de su cuerpo y de otros, es pertinente que se trabajen con las partes que son también importantes, pero que muchas veces no las conocemos "los genitales"; por ello en esta dinámica se tratará de guiarlos en la sensibilidad y reconocimiento de éstos".*

Enseguida, indicará qué hacer para reconocerse de manera mental, deberán hacer lo siguiente (el coordinador dirigirá el ejercicio, dando espacios de tiempo):

- ◆ Acuéstense o siéntense en el piso. Cierren los ojos, imagínense como estaban en el primer ejercicio: parados frente al espejo, mira tu reflejo, de los pies a la cabeza (esperar 7seg). Ahora, te vas a desabrochar los zapatos y los vas a dejar en el suelo, ahora quítate el suéter, la blusa o la camisa, la falda o el pantalón según lo que traigas, deja toda la ropa que traigas en el suelo o aun lado, solo quedas tú desnudo y el espejo en el cual te miras
 - ◆ Observa detenidamente tu cuerpo, no hay cuerpo más hermoso que el que tienes frente al espejo, observa tus pies, tus dedos, tócalos, con tus manos que son tan suaves como el algodón y tan flexibles, observa tus pantorillas, lo suaves que son, siéntelas, mira en el espejo esas piernas pasa tu dedo sobre ella, acarícialas, ve que hermosas son, nadie tiene unas iguales.
 - ◆ Ahora observa tu cintura, tu abdomen, tócalo con la palma de tus manos, siente que suave, obsérvate como vas tocando tu silueta, lentamente, con cuidado, te gusta, siente tu pecho, respira hondo y observa tu cuerpo, se siente tan bien y tú lo ves muy bien, acaricia tu cuello, déjate sentir el placer de tocar tu piel, tu cara, observa tu boca, tócala con los dedos de tu mano, son labios suaves y muy sensibles, tu nariz es suave, pero firme, los ojos, tan delicado como tu mismo, pero tan necesarios como tú, tus pestañas se sienten muy bien, tu frente, tu cabello, es como tocar la arena del mar o como el cabello de un bebé.
 - ◆ Sigue observándote en el espejo. ¡Oye te has olvidado de algo?, vuelve a tus genitales, obsévalos, son tan importantes como tus ojos, tu boca, tus pies, tus mismas manos, obsévalos muy detenidamente, lleva tu mano y pásala muy por encima de ellos, apenas los tocas, como la caricia que le diste a tu cuello, ahora siéntelos con tus manos, obsévalos también por medio del espejo, ves qué sensibles son!, necesitan de tu cuidado, que los tomes en cuenta como a tus demás partes del cuerpo
 - ◆ Respira abdominalmente, toma aire, llévalo al abdomen, deténlo y expira
 - ◆ Ahora imagina que tus genitales son parte de la respiración; vuelve a tomar aire trata de respirar junto con ellos, detén el aire y sácalo. Vamos a hacerlo de nuevo de la misma manera; toma aire, empuja los glúteos hacia el suelo, lo detienes y expiras levantando el un poco el pubis, la cadera hacia arriba. (Se hacen 3 repeticiones con éstas instrucciones)
- Se da un espacio de 7 segundos
- ◆ Ahora Inhala llenando el abdomen y luego el tórax. Eleva los brazos, coloca las manos por encima de la cabeza. Exhala bajando poco a poco los brazos y expulsando lentamente el aire contrayendo el abdomen.
 - ◆ Poco a poco vayan abriendo los ojos, levántense y tomen asiento.

(López, Carpintero, Fuentes, Hernández, Marcos, Martínez y Soriano, 1995).

Tiempo total aproximado de la dinámica: 10 min.

8.- Cierre de la actividad. El facilitador pedirá que tomando en cuenta todas las actividades realizadas contesten en su casa el cuestionario "Haciendo conciencia de mi cuerpo" que viene en el manual y que si quieren compartirlo en las siguientes sesiones lo hagan, pues es un aspecto íntimo.

Posteriormente a la entrega del cuestionario, el coordinador deberá recalcar que: *"Los genitales son tan importantes como lo son las manos, los ojos, los dientes, los labios y por tanto necesitan de todo nuestro cuidado y atención, por ello se les sugiere realizar tales actividades en su casa a solas y de ser posible, volver a contestar el cuestionario. Las actividades se encuentran en la manual"*.

Tiempo aproximado de la actividad: 10 min.

9.- Cierre de la sesión. El facilitador dejará la siguiente tarea:

Tarea: leer de su manual el apartado que habla acerca de las habilidades sociales, pues será necesario ya que en la siguiente sesión su participación estará en función de ello. Y recordará, además que deberán haber hecho también la tarea de pedir **el vaso de agua gratis**. Para finalizar se pedirá que tomando en cuenta las diferentes actividades realizadas en esta sesión y de lo que han experimentado, contesten la hoja que aparece en el Anexo- evaluación no. 9: " ¿Qué paso?".

Tiempo aproximado de la dinámica: 10 min.

Bibliografía Básica:

- Estrada, M., Pellicer, G. y Domínguez, M. (1988). *Autoestima: Clave del éxito personal*. México: el manual moderno.
- López, F., Carpintero, E., Fuentes, A., Hernández, A., Marcos, C., Martínez, L. y Soriano, S.(1995). *Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes: Reelaboración de cómo plantear mi vida*. Madrid: Siglo XXI.

Bibliografía Complementaria:

- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. México: Piados
- Venegas, J. (2000). *Estrategias metodológicas para talleres de Sexualidad*. Bogotá: El Manual Moderno.
- Elizondo, M. (1999). *Asertividad y escucha en el ámbito académico*. México: Trillas.

Sesión: 4.*HABILIDADES SOCIALES***INTRODUCCIÓN**

Las habilidades sociales: se refieren a la capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva (León y Medina, 1998, citado en, Gil y León, 1998); donde esa comunicación, asegura los propios derechos, requerimientos, satisfacciones u obligaciones, sin afectar los derechos similares de otras personas (Phillips, 1878, citado en Gil y León, 1998).

Las habilidades sociales abarcan una amplia gama de comportamientos, que son: recibir y dar cumplidos, expresar una queja, dar una negativa o decir no, pedir o rechazar favores, preguntar porque, solicitar un cambio de conducta, defender los derechos propios, iniciar, mantener y terminar una conversación, empatizar con otros, afrontar y solucionar conflictos y tomar decisiones y existen niveles de complejidad como son, interactuar con estatus diferentes, con el sexo opuesto, en grupo; tales comportamientos hacen hincapié en el comportamiento asertivo y no en el pasivo o agresivo, a continuación se definirá cada uno de éstos comportamientos (Michelson y Suga, 1983).

La asertividad, es una alternativa de comunicación, que fortalece las relaciones humanas constructivas, respetuosas, ya que es la respuesta que reconoce las necesidades, sentimientos y derechos de quien habla y de quien escucha, además de que intenta lograr una solución positiva mutuamente satisfactoria que intensifica las relaciones a corto y largo plazo (Martínez, 1995). Fomenta la comunicación adecuada. El tono de la respuesta asertiva es sincero, positivo, no punitivo, justo, considerado, directo, no defensivo, sensible y constructivo (Michelson y Suga, 1983).

El comportamiento **pasivo** es la respuesta en la que los derechos, sentimientos, necesidades u opiniones de la persona son ignorados, violados o suprimidos; la persona permite que los demás saquen provecho de ella, que la controlen y subyuguen. El tono de voces pasiva, la respuesta consiste en pasar inadvertido, la timidez, vergüenza y retraimiento, refleja autodesprecio y bajo autoconcepto (Michelson y Suga, 1983).

El comportamiento **agresivo** es la respuesta en la que el que habla ignora o limita los sentimientos, opiniones, necesidades o derechos del que escucha, se aprovecha de él, intenta controlarlo, o impide la expresión abierta de los sentimientos del otro. El tono de la conducta agresiva es mandona, exigente, egocéntrica, insensible, cruel, manifiesta indiferencia por los sentimientos de los demás, es una respuesta arrogante, manipuladora, intimidante, negativa, castigadora y ofensiva (Michelson y Suga, 1983).

La comunicación de sentimientos es importante, pues todos tenemos derecho a expresar lo que sentimos, necesitamos, pensamos y creemos (Crooks, 2000). Todos los individuos podemos poner en práctica las habilidades y competencias que disponemos para comunicarnos y negociar con nuestras parejas sobre las relaciones sexuales y la necesidad de prevención de consecuencias que afecten a la salud de ambos (Insúa, 1999).

PROPÓSITO GENERAL DE LA SESIÓN: Los participantes conocerán y practicarán la asertividad como parte de las habilidades sociales necesarias para relacionarse.

Objetivos específicos:

- Conocer cuales son y a qué se refieren las habilidades sociales.
- Conocer las diferentes características de una persona asertiva en situaciones cotidianas.
- Modelar el comportamiento asertivo en situaciones específicas.
- Practicar y retroalimentar el comportamiento asertivo de los jóvenes.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES: Responder a las preguntas planteadas por el coordinador, opinando sobre los tópicos revisados, exponer sus dudas.

FORMA DE EVALUACIÓN: con las respuestas expresadas verbalmente o por escrito, con su desempeño en la practica y retroalimentación a sus compañeros sobre la conducta asertiva.

MATERIALES: Manuales, Láminas, Buzón

DURACIÓN: 120 min.

ACTIVIDADES PREVIAS:

El coordinador deberá haber invitado a un experto o dos en el entrenamiento de habilidades sociales, sobre asertividad y deberán ponerse de acuerdo en las situaciones que modelarán frente a los integrantes del taller

ACTIVIDADES:

1.- Bienvenida. Se dará brevemente la bienvenida y se informará cual es el objetivo general de la sesión.

Tiempo aprox. de la actividad: 1 min.

2.- Exposición sobre cómo comportarnos asertivamente. El coordinador hará la exposición, en cual abordará todos los comportamientos que en el manual se señalan a excepción de los últimos: toma de decisiones y resolución de conflictos, explicándoles a los participantes que se ensayarán en la siguiente sesión y los invitará a que abran su manual en la parte de habilidades sociales para que conforme vaya mencionando los diferentes aspectos marcados en las láminas, cada uno participe mencionando lo que en el manual refieren sobre tales aspectos y ejemplos en su vida cotidiana .

El facilitador deberá ir mediando la participación de los jóvenes, tratando de que todos lo hagan. Además, colocará láminas en el salón que contengan los aspectos de la conducta asertiva. De hecho, de aquí en adelante ésas láminas las colocará todas las sesiones en un lugar visible, pues servirán como base en la retroalimentación sobre el desarrollo de habilidades sociales mostradas por los participantes. Las láminas se encuentran en los anexos de evaluación (no. 11 "Contenido de las láminas sobre asertividad").

Tiempo aprox. de la dinámica: 60 min.

3.- Modelamiento de habilidades sociales asertivas. El instructor invitará a que una persona (experta asertivamente) demuestre el comportamiento asertivo, donde modele varias conductas sociales adecuadas respecto de la misma situación.

Tiempo aprox. para el modelamiento: 5 min.

Retroalimentación. Al terminar, el coordinador solicitará a los demás asistentes, que señalen las diferentes conductas que tuvo que poner en práctica para

comportarse asertivamente, especialmente de las posturas, modulación en el tono de voz y ademanes revisadas anteriormente.

Tiempo total aprox. de la dinámica: 10 min.

4.- Comentario sobre: El vaso de agua. El facilitador pedirá a los participantes comentar lo sucedido al hacer la tarea del vaso de agua, mencionando lo siguiente:

- Qué día lo hicieron,
- Qué sintieron antes de pedirlo
- Qué pensaron en el momento y después cuando se salieron del lugar.

Cierre del ejercicio. El coordinador preguntará: "*¿A alguno le pasó algo desagradable como desmayarse, turbarse, ponerse roja la cara, sudar, por pedir el vaso de agua?, y si les pasó ¿Qué tiene de malo?; a la mayoría de las personas les ha ocurrido eso en otras situaciones; SI, tal vez otras personas lo vieron y se burlaron, pero ¿y qué?, NO pasa nada, finalmente obtuvieron lo que querían, sin perjudicar a los demás. Este es un ejemplo de que, quienes siguieron las instrucciones y consiguieron lo que querían, comenzaron a mostrar un comportamiento asertivo*". Por último, el facilitador les regalará la siguiente ficha:

.....
 • El hecho de hacerlo o no hacerlo marca la diferencia.
 • Descubriste o reafirmaste una habilidad que tienes.
 • A veces los pensamientos equivocados o infundados
 nos obstaculizan, impidiéndonos hacer
 lo que queremos.
 • Descubre y pon en práctica las demás
 habilidades que tienes

Tiempo aprox. de la dinámica: 15 min.

6.- Dinámica de práctica. A partir de los ejemplos antes mencionados y de las características señaladas, el coordinador escogerá al azar 2 equipos de tres integrantes, de los cuales uno fungirá como persona asertiva y las 2 otras tratarán de manipularla y de salirse con la suya, sin tener la razón. La persona asertiva deberá conseguir lo que quiere o defender sus derechos, siempre y cuando no afecte (agresión física o verbal) a otros. Es preferible que los participantes

propongan la situación de práctica, especialmente basados en situaciones dificultosas que han vivido. Sin embargo, algunos de los casos pueden ser:

- Pedir permiso a tus papás para ir a una fiesta y regresar noche. Ellos hasta ahora, no te han dejado ir a tipo de fiestas.
- Tus amigas (os) siempre te dejan las tareas más pesadas y tú no estás de acuerdo. Tienes que comunicaselos, para no seguir con lo mismo.
- Estás en una clase donde sólo fueron tú y dos compañeros más, dejas tus cosas en la butaca y al regresar descubres que te faltan las plumas nuevas que acabas de comprar. Píde que te las devuelvan.
- Unos amigos te invitan a una fiesta, en la cual tú ya no te sientes a gusto y te quieres ir aunque ellos se queden, pero ellos no te dejan ir.
- Quieres sacar a bailar a una chica que te gusta mucho, pero no te atreves. Los otros compañeros expresan los pensamientos que te impiden hacerlo y a los cuales tú responderás para demostrar que no tienes nada que perder. Y sacarla a bailar.
- Tienes que pedirle a tu novio (a) que te deje estar a solas con otras personas o ir a alguna parte con tus amigas, sin él ó ella.
- Tú quieres estudiar dibujo y tu papá o mamá quiere (n) que estudies Medicina

Retroalimentación. Al terminar cada situación de práctica, el facilitador pedirá que los observadores participen tomando en cuenta lo antes revisado y lo que se dice en las láminas antes colocadas, las demás personas, harán críticas constructivas acerca del desempeño de sus compañeros, por ejemplo: *Tu tono de voz fue muy adecuado, sin embargo, hizo falta que mantuvieras el contacto visual con la otra persona para que le impactara más lo que le pedías.*

Nota: Cada equipo tendrá un tiempo máximo de 5 min. para hacer el ejercicio frente a los demás. Aproximadamente, se dedicarán 5 min. para realizar la retroalimentación por parte de los demás participantes.

Tiempo total aprox. de la dinámica: 20 min.

Bibliografía Básica:

- Crooks, B. (2000). *Nuestra Sexualidad*. México: Internacional Thomson Editores.
- Gil, F. y León, J. (1998). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. España: Síntesis.
- Goldstein, A., Sprafkin, R., Gershaw, J. y Klein, P. (1989).
- López, F., Carpintero, E., Fuentes, A., Hernández, A., Marcos, C., Martínez, L. y Soriano, S. (1995). *Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes: Reelaboración de cómo plantear mi vida*. Madrid: Siglo XXI.
- Michelson, L. y Suga, D. (1983). *Las habilidades sociales en la infancia*. España: Martínez Roca.
- Pick, S., Aguilar, A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, E., Pier, D., Acevedo, P. y Vargas, E. (1995). *Planteando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes*. México: Planeta.

Bibliografía Complementaria:

- Bishop, S. (2000). *Desarrolle su asertividad*. España: Gedisa.
- Crecer con más seguridad, (2005). *Sexualidad*. En: <http://crecer.tamaulipas.gob.mx>
- Del Prette, Z. y Del Prette, A., (2002). *Psicología de las Habilidades Sociales: Terapia y educación*. México: El manual moderno.
- Elizondo, M., (1999). *Asertividad y escucha en el ámbito académico*. México: Trillas.
- Gil, F. y García, S., (1995). Técnicas del entrenamiento en Habilidades Sociales. En: Rodríguez, F., León, M. y Jarana, L. *Habilidades sociales y Salud*. Madrid: Pirámide.
- Hidalgo, C. y Abarca N., (1999). *Comunicación Interpersonal*. Colombia: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Martínez, S. (1995). *Implementación de habilidades asertivas en la relación de pareja a través de la técnica de video*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores, Iztacala: México.
- Smith, M (1977). *Cuando digo no me siento culpable*. México: Mondadori.

Sesión 5.*H.A.B. SOC.: TOMA DE DECISIONES***INTRODUCCIÓN**

Las relaciones interpersonales pueden ser una fuente importante de satisfacción si existe una comunicación abierta y clara; pero si ésta comunicación es confusa y agresiva, suele originar problemas (Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas, 1995); de hecho, la comunicación en el área sexual contribuye en gran medida a la satisfacción de una relación íntima, pues la mayor parte de los problemas de la pareja (principalmente en el área sexual), se deben a la mala comunicación que mantienen (Rage, 1996). Sin embargo, toda comunicación sexual conlleva cierto nivel de riesgo (obstaculizando la comunicación), pues cuando la gente se expresa, se coloca en una posición vulnerable al juicio, a la crítica y al rechazo, por lo cual algunos prefieren no arriesgarse; de tal forma que la disposición de asumir tales riesgos tiene que ver con el grado de confianza que haya en la relación (Crooks, 2000).

Es por ello, que para tener una comunicación adecuada con los demás hay que mostrar comportamientos habilidosos como: afrontar los conflictos negociando con los involucrados y tomar decisiones cuando se requiera, lo cual implica no sólo tener un procedimiento para tomarlas, que facilite y tenga efectos positivos, sino también, tener claro y definido aquello que se piensa, quiere y desea hacer o no, para que cuando se esté en ciertas situaciones o tenga que expresarlo lo haga sin que otro (s) decidan por ella, sin ambigüedad y sin dejarse manipular por otro (s) (Döring, 2000; López y cols, 1995). Y si hay un cambio de decisión, para actuar de otra forma, será a partir de haber conversado o negociado con terceros y consigo mismo; siempre y cuando no atente la salud física, social y psicológica de otros y de ambos (Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1989). La toma de decisiones es importante entre otras cosas, por que el involucrarse en esa toma respecto de alguna circunstancia o tema, aumenta de manera importante los sentimientos de satisfacción personal y de compromiso con esas decisiones (Pick y cols, 1995). Es por ello, que en el presente taller resulta pertinente que los adolescentes aprendan a cómo tomar decisiones y a afrontar conflictos negociando con la pareja acerca de los diferentes aspectos que los involucran como es la sexualidad.

PROPÓSITO GENERAL DE LA SESIÓN: Los participantes conocerán y practicarán las conductas de toma de decisiones y solución de conflictos.

Objetivos específicos:

- Evidenciar a los jóvenes qué tan eficaces son al tomar decisiones
- Conocer y desarrollar el procedimiento señalado en Vamos México para la toma de decisiones efectivas.
- Modelar el procedimiento sobre la toma de decisiones en circunstancias específicas.
- Practicar y retroalimentar el comportamiento asertivo de los jóvenes.
- Conocer los procedimientos para la solución de problemas.
- Modelar cómo resolver algún conflicto.
- Practicar y retroalimentar el ensayo del comportamiento asertivo de los jóvenes.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES: Participar en las diferentes dinámicas; leyendo, planteando dudas, retroalimentar las prácticas de los compañeros y contestar las preguntas.

FORMA DE EVALUACIÓN: con las preguntas expresadas verbalmente o por escrito, con el desempeño al practicar y retroalimentar a sus compañeros sobre la toma de decisiones y la comunicación asertiva.

MATERIALES: Manuales, Láminas, cuestionarios, Buzón

DURACIÓN: 120 min.

ACTIVIDADES PREVIAS:

Invitar a un experto o dos en el entrenamiento de habilidades sociales (toma de decisiones y negociación), ponerse de acuerdo en las situaciones que modelarán frente a los integrantes del taller.

ACTIVIDADES:

1.- Bienvenida y Breve recordatorio. El coordinador dará la bienvenida cordial a los participantes e invitará a 3 jóvenes que hagan un breve recordatorio de lo que se revisó en la sesión anterior y mencionen qué tal útil creen que es desarrollar y cambiar tales conductas.

Tiempo aprox.: 15 min.

2.- Evaluando cómo tomo decisiones. El coordinador entregará a cada uno de los participantes un cuestionario (Anexo 12) "Cuestionario para un tomador de decisiones", solicitándoles que lo contesten de acuerdo a lo que se les pide y que al terminar se lo devuelvan.

Posteriormente, les explicará que: *"A partir de este cuestionario podrán darse cuenta de aquello que hacen para tomar decisiones y de qué tanto les ha servido decidir como lo hacen"*.

Tiempo aprox. para contestar: 5 min. máximo.

Por último, les explicará brevemente cuales son las respuestas más idóneas respecto de cada situación que se planteaba en el cuestionario (para ello se sugiere consultar el libro: Cómo tomar las mejores decisiones, de Jorgensen y Fautsko, 2001).

Tiempo aprox. para toda la dinámica: 15 min.

3.- Exposición sobre cómo tomar decisiones y comunicarlas. El coordinador pedirá que abran su manual en la parte de toma de decisiones y de solución de conflictos, pues son otros los comportamientos de las habilidades sociales que una persona debe tener. Solicitándoles que alguno lea en voz alta lo correspondiente a toma de decisiones.

Así, explicará uno de los procedimientos a seguir para al tomar una decisión, referido por Vamos México y que les puede ser de gran utilidad, el cual se encuentra en las siguientes láminas (las cuales deberá colocar las siguientes láminas en el pizarrón durante todas las sesiones):

1.- Definir el problema u objetivo. Reconocer y definir el asunto con claridad, plantearlo en forma sencilla, concreta y específica, es un gran logro para la solución o logro

2.- Analizar el asunto. Examinarlo a fondo, recoger la información disponible sobre el tema, conocer varios puntos de vista y diferentes formas de enfocarlo. Se deberá intentar descubrir la verdadera causa y que parte juega en el asunto

3.- Explorar las opciones o las posibles soluciones al problema. Es muy útil anotar cualquier idea por muy loca que sea, pues de lo que se trata es de ser creativo y disfrutar del proceso

4.- Hacer una lista de ventajas y desventajas de las diferentes opciones. Se deben prever las posibles consecuencias a corto, mediano y largo plazo, de elegir una u otra opción.

5.- Elegir una solución. Discutir y calcular la probabilidad de éxito de las diferentes opciones y compararlas de ser posible con otra persona, para escoger la que parezca más adecuada.

6.- Llevar a la práctica la decisión, comprometiéndose y responsabilizándose de las consecuencias

7.- Fijar un plazo para revisar los resultados

8.- Si el primer intento no fue satisfactorio, plantear otra solución

9.- Reconocer y agradecer la ayuda de los demás.

Decidir es un proceso en el que las elecciones no son correctas o incorrectas, sino que cada una implica aspectos positivos y negativos; optar por la que nos parezca mejor es un derecho personal

4.- Exposición de resolución de conflictos. El facilitador solicitará que otra persona lea en voz alta lo que en el manual refiere sobre solución de conflictos

Tiempo aprox. 15 min.

5.- Modelamiento "Resolviendo conflictos". Los asistentes formarán un círculo. El coordinador y/o el experto que anteriormente demostró cómo comportarse asertivamente, realizará un ejercicio en el cual deberá tomar una decisión, para en un segundo momento comunicarlo a otras personas y hacer respetar su decisión.

Tiempo aprox. para el modelamiento: 5 min.

Retroalimentación. Al terminar cada ejemplo, los demás harán observaciones respecto de lo demostrado, basándose en los aspectos que se marcan en las láminas de la sesión anterior y de la presente

Tiempo aprox. de la dinámica: 10 min.

6.- Dinámica de práctica. El facilitador pedirá a los participantes que 3 equipos de 3 ó 4 personas (diferentes a los que participaron en el ejercicio de práctica de aserividad), participen, donde dos de ellos deberán tomar una decisión respecto de alguna situación y después se la comuniquen asertivamente al otro (s) compañero(s): Los casos podrán ser elegidos por los equipos o pueden basarse en los siguientes:

PRIMERO: Entre las personas tomar la decisión de...	DESPUÉS... (una tercera persona)
Asistir o no a la fiesta de un amigo. Ese mismo día mi mamá quiere que cuide a mi hermanito	Comunica asertivamente tu decisión a los implicados
Elegir lo que quiero estudiar.	Comunica a tus padres lo que decidiste, siendo que ellos no quieren que continúes estudiando
Cuento con dinero para comprar un solo libro, pero en la escuela me pidieron uno de Historia y otros de biología, ¿Cuál compraré?	Comunica a tus maestros lo que hiciste
Voy a ir al parque, tengo que llevar refrescos, pero no tengo dinero. Voy o no voy, ¿qué llevo?	Comunica a tus amigos lo que harás.

Tiempo aprox. de la dinámica: 15 min.

Retroalimentación. Al terminar la actuación de cada equipo, los demás asistentes discutirán sobre las posturas, tonos de voz y demás procedimientos realizados con la finalidad de resaltar lo que contribuye a mejorar su comportamiento y formas de tomar decisiones, así como de aquello que dificultó la relación entre los actores.

Para finalizar la actividad, el facilitador hará un breve resumen de los aciertos y de los aspectos que a los participantes les faltó desarrollar, para que en las siguientes actividades las tomen en cuenta.

Tiempo aprox. de la actividad: 9 min.

7.- Cierre de la sesión. El coordinador invitará a los participantes que revisen el manual en casa, que vuelvan a revisar los textos de contenido de cada tema del taller, para que si les surge alguna duda, la escriban y la coloquen en el buzón o la expresen al comenzar o finalizar las siguientes sesiones.

Tiempo aprox. para el cierre: 1 min.

Bibliografía Básica:

- Gil, F. y León, J. (1998). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención.* España: Síntesis.
- Elizondo, M., (1999). *Asertividad y escucha en el ámbito académico.* México: Trillas.
- Jorgersen, J. y Fautsko, T. (2001). *Cómo tomar las mejores decisiones. Conozca y aplique el QUID.* México: Diana.
- López, F., Carpintero, E., Fuentes, A., Hernández, A., Marcos, C., Martínez, L. y Soriano, S. (1995). *Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes: Reelaboración de cómo plantear mi vida.* Madrid: Siglo XXI.
- Pick, S., Aguilar, A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, E., Pier, D., Acevedo, P. y Vargas, E. (1995). *Planteando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes.* México: Planeta.
- Michelson, L. y Suga, D. (1983). *Las habilidades sociales en la infancia.* España: Martínez Roca.
- Vamos México, (2005). *Guía de padres 3.* México: Editorial infantil y Educación, S. A. De C. V.

Bibliografía Complementaria

- Crooks, B. (2000). *Nuestra Sexualidad.* México: Internacional Thomson Editores.
- Döring, M. (2000). *El mexicano ante la Sexualidad.* México: Fontamara.
- Martínez, F., González, E. y Díaz, J. (2002). *Formación Cívica y Ética 3.* México: Fernández editores.
- Rage, E. (1996). *La pareja: Elección, problemática y desarrollo.* México: Plaza y Valdés y la Universidad Iberoamericana.

Sesión 6.*LA VIRGINIDAD***INTRODUCCIÓN**

La virginidad constituye un mito, sometido a una serie de restricciones, costumbres y ceremonias, estrechamente vinculadas a otros mitos alrededor de la sexualidad femenina, como los que se refieren a la pubertad, la menstruación, por citar algunos, todos estos presentan prescripciones cuyo incumplimiento acarrearía serios prejuicios (Mc Cary, Mc Cary, Álvarez- Gayou, Del Río y Suárez, 1983).

La significación fisiológica del himen- la membrana más o menos gruesa u elástica, que en general obstruye parcialmente la vagina de las vírgenes- no se conoce. En su posición central tiene orificios que permiten el paso de fluidos vaginales y uterinos como es la menstruación. Sin embargo, la diferencia entre tener himen o no, puede determinar la vida de muchas mujeres en todo el mundo (Amuchastegui, 2001). Y es que la virginidad femenina hoy en día, es todavía una mercancía en muchos países, especialmente del tercer mundo, pues dentro de la anatomía femenina la importancia concedida al "himen" deriva de la supuesta garantía de que la mujer no ha tenido ninguna relación coital (Caratozzolo, 1995).

Esta importancia no está justificada, más que de manera precaria, pues la virginidad no consiste en un estado físico notorio, aparentemente, demostrable por una indiscutible presencia anatómica, sino más bien es un estado moral y cultural (Katchadourian y Lunde, 1992), pues, la mayoría de los hímenes permitirán el paso de un dedo, pero en general no puede dar acceso al pene erecto sin romperse, sin embargo, en ocasiones un himen muy flexible puede resistir el acto sexual (Amuchastegui, 2001). Este hecho, asociado a que puede romperse en forma accidental, hace que el estado en que se encuentra sea una evidencia no confiable en pro o en contra de la virginidad (Katchadourian y Lunde, 1992).

Por lo anterior, es importante demostrar a los jóvenes que la Virginidad es un asunto personal que implica diferentes aspectos, los cuales determinan que una persona elija o no tener relaciones sexuales, tales aspectos son: *los valores* que tenemos a partir de la educación en nuestras familias y a partir de que estamos en contacto con los demás; *la moral* que nos rodea, por la cual muchos se relacionan en función a ello, *la toma de decisiones*, dado que hay personas que deciden tener relaciones sexuales porque se ven influenciadas por los amigos, la pareja, los medios de

comunicación y no porque sea su deseo, es decir, son personas que suelen permitir que otros elijan por ella; otro aspecto es la *responsabilidad*, pues con base en las expectativas, deseos y los conocimientos que tenga sobre la sexualidad, podrán elegir cuándo, con quién, en dónde y cómo se protegen para evitar riesgos para su salud, como son: Embarazos no deseados, ITS, VIH/SIDA. Por ello, la virginidad debe ser una decisión propia.

PROPÓSITO GENERAL DE LA SESIÓN: Los jóvenes desmitificarán creencias y/o adquirirán información veraz acerca del tema de la virginidad, logrando que construyan su propio concepto.

Objetivos específicos:

- Explorar qué concepto tienen los participantes respecto de Virginidad
- Evidenciar los orígenes del concepto de virginidad y lo que en la actualidad se dice respecto e ella.
- Facilitar la reconstrucción del concepto de virginidad o mantenimiento del concepto que los participantes tienen sobre virginidad
- Ensayar las habilidades sociales practicadas tomando como tema La Virginidad

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES: Responder a las preguntas planteadas, exponer sus dudas.

FORMA DE EVALUACIÓN: Con la participación de los asistentes y con los cuestionarios de los anexos.

MATERIALES: Hojas de papel, láminas, trípticos, lápices, colores.

DURACIÓN: 120 min.

ACTIVIDADES:

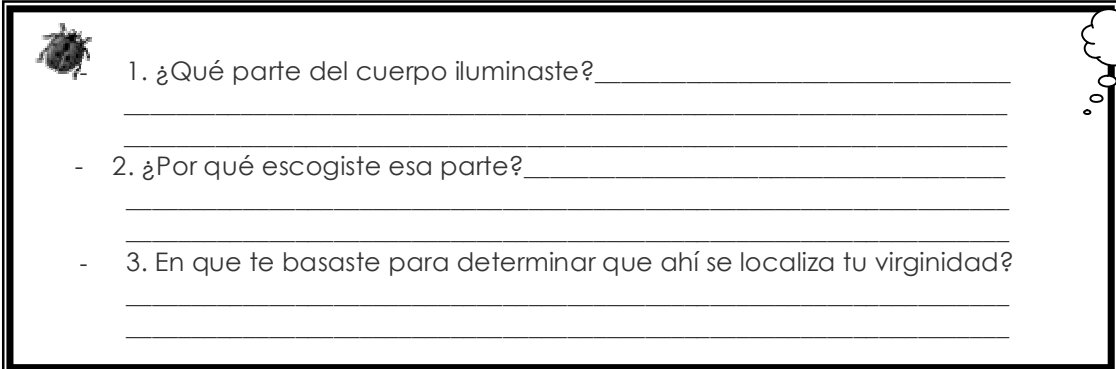
1.- **Bienvenida.** Se saludará a los participantes y se resolverán las dudas que se tengan sobre los temas anteriores o sobre cualquier otro tema visto, lo expuesto verbalmente o mediante el buzón.

Tiempo aprox. para la bienvenida: 5 min.

2.- Localiza tu virginidad: El coordinador entregará una hoja de papel a los participantes, indicándoles que dibujen su cuerpo y el cuerpo de una persona del sexo opuesto. Posteriormente, el instructor indicará que ubiquen y coloreen dentro de los dibujos, la parte del cuerpo en dónde se localiza su virginidad.

Tiempo aprox. para la actividad: 10 min.

A continuación pedirá que cinco personas participen considerando las siguientes preguntas, las cuales el coordinador escribirá en el pizarrón:



1. ¿Qué parte del cuerpo iluminaste? _____

- 2. ¿Por qué escogiste esa parte? _____

- 3. En que te basaste para determinar que ahí se localiza tu virginidad?

Al terminar, todos los participantes mostrarán su dibujo, y el coordinador evidenciará las diferencias en cuanto a las áreas en las que hombres y mujeres localizaron su virginidad.

Tiempo aprox. para la actividad: 9 min.

Cierre de la actividad. El coordinador mencionará que: *"La virginidad se ubica en todo el cuerpo y en el medio donde nos relacionamos, ya que como se verá en la siguiente exposición, la manera en cómo se conceptúa la virginidad implica diferentes áreas: Biológicas, psicológicas y sociales; por lo cual el concepto que cada uno tenga de la virginidad no se puede juzgar como bueno o malo, dado que se fundamenta en diferentes valores familiares, personales, las decisiones, la moral, la responsabilidad y los conocimientos, sin embargo, el concepto puede modificarse en tanto se analicen, modifiquen y den prioridad a tales aspectos".*

Tiempo aprox. para el cierre de la dinámica: 1 min.

3.- Exposición de antecedentes: el coordinador realizará una exposición breve, para explicar a los participantes algunos de los acontecimientos histórico-sociales que enmarcan la concepción de la virginidad y que con ello podrán comprender el origen de este concepto y del porque del concepto que algunos tienen sobre

Virginidad. Por tanto, deberán abordar cómo se considera la virginidad tanto en sus inicios como actualmente en diferentes culturas y grupos

Tiempo aprox. para la actividad: 9 min.

Cierre de la dinámica. El facilitador, resumirá que: *"el concepto de virginidad deviene desde la época antigua, sin embargo, la ruptura del himen, no es sinónimo de Virginidad. Es verdad que el himen encierra un gran valor cultural en ciertos grupos, pero la preocupación por la virginidad de los demás suele exagerarse, pues la virginidad de una persona es un asunto íntimo y nadie tiene por qué interesarse, así que pueden hacer valer este derecho expresándolo a quienes se lo cuestionen; por lo cual les sugeriré que en casa revisen el contenido que se presenta respecto a virginidad en su manual, especialmente de la primera parte, ya que ésta abarca lo expuesto en la exposición".*

Tiempo aprox. para el cierre: 1 min.

4.- Ejercicio " ¿Qué con la virginidad?". El coordinador pedirá a los participantes formar equipos de 4 ó 5 personas, para que a partir de la información que se presenta en la lectura que lleva éste mismo nombre en su manual, expliquen en el siguiente cuadro las ventajas y desventajas de ser virgen y en que consiste la virginidad para cada uno. El cuadro siguiente deberá estar en una lámina pegada en el pizarrón.

Virginidad, cuales son:	
✓ Ventajas: - _____ - _____ - _____	✓ Desventajas: - _____ - _____ - _____
A partir de los siguientes factores, menciona en qué consiste la virginidad	
✓ Social _____ _____	
✓ Biológico _____ _____	
✓ Psicológico _____ _____	

Tiempo aprox. para la actividad: 15 min.

Cierre de la dinámica. Solicitar que un integrante de cada equipo describa brevemente lo que comentaron y escribieron en el cuadro. Cuando los jóvenes hayan terminado la actividad, el facilitador mencionará que: *"El concepto de Virginidad implica aspectos biológicos, sociales y psicológicos, sin embargo hay algunos conceptos que las personas tienen y que obstaculizan al individuo respecto a su comportamiento sexual, pues como ya se dijo anteriormente, la conservación del himen y sangrar en la primera relación coital no quiere decir virginidad y que por ello, una mujer valga más socialmente, de hecho así como hay mujeres que nacen sin él o lo pierden en actividades gimnásticas, también hay a quienes no se les rompe el himen en la primera relación coital".*

Tiempo aprox. para el cierre: 10 min.

5.- Ejercicio "Desarrollando habilidades sociales respecto a mi Virginidad". Dos equipos conformados por dos personas cada uno (de preferencia que no haya participado en los ejercicios de la sesión pasada), pasará al frente a ejemplificar como sería un comportamiento asertivo en una situación que implique el tema *virginidad*.

Cada equipo tendrá 5 min. para demostrar su asertividad, las situaciones pueden ser:

- Decidir iniciar o no relaciones sexuales de tipo coital con mi pareja, la cual insiste en que las tengamos y comunicárselo a mi pareja.
- Tengo que comunicarle a mi novio que ya no quiero seguir teniendo relaciones sexuales con él, pero quiero continuar con el noviazgo. Él dice que, que más da si ya no soy virgen.

Tiempo aprox. para la actividad: 10 min.

Retroalimentación. Los observadores mencionarán los aciertos y errores cometidos en la persona asertiva.

Tiempo aprox. para la retroalimentación: 8 min.

Cierre de la dinámica. El coordinador explicitará que: *"Es importante que las decisiones que tomen al respecto y de otras áreas de su vida, las tomen sin dejarse manipular por otros, ya que es su vida. Así mismo, es imprescindible que entiendan que en una relación sexual se busca no sólo la satisfacción física, sino también un bienestar emocional y por tanto tiene mucho que perder si tiene una relación sexual que no desea, pues su dignidad, respeto por sí mismo y su autoestima suele verse afectada negativamente; por lo cual es válido que después de haber tenido*

relaciones sexuales con otras personas o con su pareja estable, decidan ya no tenerlas, pero continuar con la relación, lo importante y necesario es decir "No, no quiero", de forma clara y firme".

Tiempo aprox. para el cierre: 2 min.

6.- Mitos y dudas frecuentes. El coordinador solicitará a los asistentes formar 3 equipos, para que con base en la hoja que les entregará "¿Y a tí qué?" (ver el Anexo 13) platiquen entre ellos sobre las frases que allí aparecen, además de seguir las siguientes instrucciones; palomea si son mitos o realidades y si les surge alguna(s) duda(s) lo comunique a los demás miembros del grupo y al coordinador.

Tiempo para realizar la actividad: 10 min.

Cierre de la actividad. Por último, el facilitador indicará que cada equipo se turnará para dar lectura a una pregunta con su respuesta, acompañándolas de una breve explicación del porqué de su respuesta, y los demás deberán dar su opinión, complementación y aprobación de esas respuestas dadas.

El facilitador enfatizará que: *"Es decisión de cada quién, elegir tener relaciones o no, además de no permitir que otros manipulen sus deseos, finalmente quien importa es uno mismo".*

Tiempo aprox. para el cierre: 10 min.

7.- Entrega de trípticos. Se entregará un tríptico acerca del tema "Virginidad" (Ver Anexos-Trípticos) a cada participante y se revisará en conjunto, de la siguiente manera (el coordinador deberá dar las siguientes indicaciones): cada participante leerá un párrafo del tríptico y el coordinador preguntará si tienen alguna duda.

Tiempo aprox. para la dinámica: 5 min.

8.- Cierre. Por equipos (así como están formados), el coordinador indicará a los participantes que a partir de lo visto en la sesión respondan el siguiente cuadro (el cual colocará en una lámina o escribirá en el pizarrón) para elaborar una conclusión que nos permita reafirmar lo visto, para con ello elaborar una conclusión general.

¿Qué lo visto en la sesión
te hace pensar sobre el concepto de la virginidad?



¿Qué podrías concluir?

Tiempo aprox. para la dinámica: 5 min.

Bibliografía Básica:

- Amuchastegui, A. (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México: Experiencias y significados*. Obtenido el 30 de Enero del 2005, desde <http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/sexualidad/texto3.htm>
- Caratozzolo, D. (1995). *Los destinos sexuales de la mujer: Mito y modernidad*. Barcelona: Homo- Sapiens.
- Ferrer, C. (2003). *La verdad sobre la virginidad*. Obtenido el 30 de Enero del 2004, desde <http://www.univision.com/content/content.jhtml?cid=202245&pagenum=1>
- Hierro, G. y Hernández, G. (1991). *Cuadernos de Psicología*. México: Escuela Nacional de Estudios Profesionales, Iztacala. UNAM.
- Katchadourian, H y Lunde D. (1992). *Las bases de la Sexualidad humana*. México: Continental.
- Mc Cary, L. y Mc Cary, P. (1983). *Sexualidad Humana*. México: El manual moderno.

Bibliografía complementaria:

- Sociedad española de contracepción (2005). *Manual de salud reproductiva en la adolescencia*. Obtenido el 16 de Mayo del 2005, desde <http://www.sec.es/mbuscar.htm>
- Sapeti, A. (2001). *El sexo y el hombre de Hoy*. México: EMECÉ.

Sesión 7.*L A M A S T U R B A C I O N***INTRODUCCIÓN**

Los individuos desde su niñez comienzan a curiosear y a reconocerse sexualmente, sin embargo pocas veces los adultos les enseñan o guían sobre sus inquietudes o actividades sexuales y especialmente a cerca de la masturbación, logrando así que, los individuos aprendan a no preguntar y a reprimirse en sus actos, pensamientos y relación con los demás (Tiefer, 1980; Fuentes y López, 1997). Así, se generan en torno a la masturbación muchos prejuicios, mitos e ideas erróneas y como consecuencia de ello el sentimiento de culpa y ansiedad incrementa en el individuo cuando la practica (CONAPO, 1982).

Sin embargo, ésta práctica es normal en el ser humano, pues a partir de los primeros meses de vida, ésta conducta está presente al conocer su cuerpo y al descubrir que el tocarse en ciertas partes y de cierta manera, le produce placer, muchas personas continúan teniendo esta practica en la adolescencia, hasta que muere, de hecho, muchas veces es parte del juego erótico con la pareja, no obstante, las personas no lo conceptualizan como masturbación mutua debido a las falsas creencias que poseen (Tiefer, 1980).

La práctica de la masturbación tanto a nivel individual como en pareja sea normal tiene ventajas y desventajas, entre las primeras encontramos que favorece el conocimiento de sí mismos, de cómo proporcionarse placer y disfrutar de su cuerpo, además, se aprende a valorar los genitales, es un medio para sentirse independientes sexualmente, mediante ésta práctica se puede alcanzar el orgasmo, ayuda a relajarse y destensarse, a las mujeres les permite tener lubricada la vagina y mantener un ambiente vaginal saludable, ayuda a aliviar la tensión menstrual y congestión pelviana, en los hombres mantiene el funcionamiento de los órganos de la erección y eyaculación, porque a partir de ello una persona puede enseñarle a su pareja aquello que le gusta y cómo le gusta, a los hombres les favorece para hacer que su erección dure más tiempo, es una práctica sexual legal, no engorda, es segura (Gotwalt y Holtz, 1983; Madaras, 1992; sexo-sexualidad, 2000); Sin embargo, existen algunas **desventajas** a partir de que su práctica ocasiona problemas a la persona en alguna área de su vida, es decir, cuando la frecuencia en la práctica es mayor a la que indica su deseo por el placer sexual, cuando se ocupa la mayor parte del tiempo para hacerlo, cuando se dejan de hacer otras cosas (salir, convivir con

otros, trabajar, leer, hacer ejercicio) por tener ésta práctica, cuando la persona se condiciona a tener placer únicamente ante ciertos estímulos, cuando es realizada con apuros, culpas, sintiéndose sucios, miedos y mitos (Tiefer, 1980; López, 2003; Psicología integradora Es así, 2001).

Por tanto, CONAPO (1982) sugiere que se debe explicar a la población lo que realmente significa y puede ocasionar: Carga de sentimientos de culpabilidad, aislamiento (García y Medina, 1996), especialmente a los adolescente ya que es en ésta etapa cuando la sexualidad se activa y pocas veces se les habla acerca de este tema, dedicándole una sección tanto en sus libros de texto, como en los talleres.

OBJETIVO GENERAL DE LA SESIÓN: Los participantes analizarán los mitos y realidades acerca de la masturbación.

Objetivos específicos:

- Sondar qué concepto y/o valoración tienen los participantes acerca de la masturbación.
- Presentar información sobre la masturbación y acerca de los elementos que comúnmente se utilizan para llevar a cabo ésta práctica.
- Distinguir los mitos y realidades de la masturbación.
- Practicar habilidades sociales donde se incluya el tema "masturbación".
- Evaluar los conocimientos a partir de lo revisado en la sesión.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES: Responder a las preguntas planteadas por el coordinador, opinar sobre lo que se expone y realiza.

FORMA DE EVALUACIÓN: con las preguntas expresadas verbalmente o por escrito, con el desempeño al practicar y de retroalimentación a sus compañeros.

MATERIALES: Copias en Hojas de papel y/o fichas con las preguntas a contestar, Trípticos, Lápices, Proyector, Bola de estambre, 2 hojas de papel Bond, una bolsa de paletas, Diurex, 15 sillas, 1 Buzón.

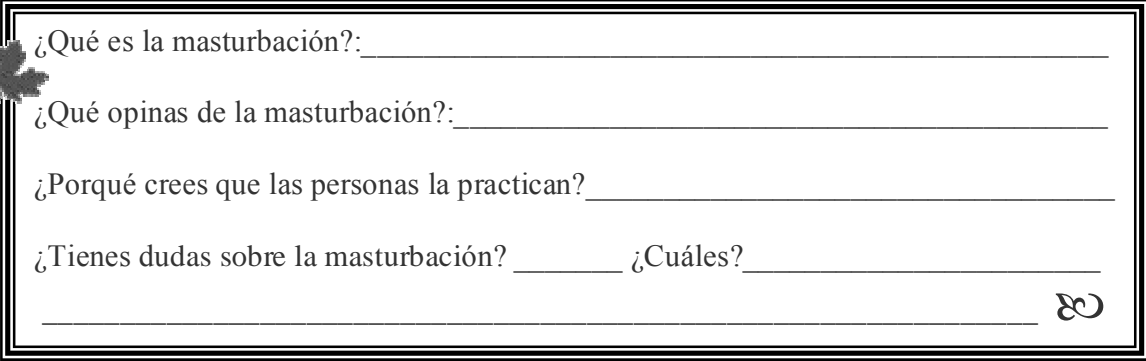
DURACIÓN: 120 min.

ACTIVIDADES:

1.- **Bienvenida.** Se dará la bienvenida a los asistentes y comentará la finalidad de ésta sesión: Analizar los mitos y realidades de la masturbación

Tiempo aprox. para la Bienvenida: 1 min.

2.- Ejercicio "¿Qué es la masturbación?". El facilitador repartirá 4 fichas (cada una con una pregunta, de acuerdo al siguiente recuadro) a cada miembro del taller, en las cuales aparecerá una pregunta y les pedirá que las contesten, para que al terminar las doblen y las metan en la bolsa de plástico que llevará él.



¿Qué es la masturbación?: _____

¿Qué opinas de la masturbación?: _____

¿Porqué crees que las personas la practican? _____

¿Tienes dudas sobre la masturbación? _____ ¿Cuáles? _____

Mientras tanto, el coordinador leerá en silencio algunas de esas respuestas para integrarlas en la exposición, especialmente aquellas respuestas que sean erróneas.

Tiempo aprox. para la dinámica: 14 min.


3.- Exposición del tema. El coordinador presentará de manera breve una exposición acerca del tema, utilizando un proyector, instrumentos e imágenes. En el contenido de ésta exposición, se deberá mencionar la definición de masturbación, sinónimos, los mitos más comunes en cuanto al tema, explicando porqué lo son, así como, las ventajas o puntos positivos y negativos que tiene ésta práctica y especificará que: *"la práctica de la masturbación es una cuestión privada y la decisión de hacerlo depende de cada uno, así como el compartir su experiencia hablándolo con alguien más"*.

Tiempo aprox. de la exposición: 10 min.


4.- Ejercicio: "Cómo se realiza la masturbación". El coordinador explicará que la siguiente actividad tiene la finalidad de que se desinhiban a hablar públicamente sobre el tema general de masturbación, para que conozcan y hablen acerca del cómo se suele tener ésta práctica, que objetos se utilizan o que simplemente expresen dudas acerca de la información antes presentada o que se relacione con el tema.

Para ello, pedirá que se sienten formando un círculo, mientras tanto, colocará en el centro del círculo un dildo de madera vibrador, almohada, dedal y enseguida lanzará una bola de estambre a alguno de los asistentes, entonces el coordinador le hará alguna pregunta de las que se encuentran en el recuadro de abajo y le solicita que exprese alguna duda. Posteriormente la persona que contestó deberá lanzar la bola a otro compañero y seguirá con las preguntas.

Las preguntas serán las siguientes:

 ¿Sabes (n) cómo se llama esto (señalando el objeto - Dildo de madera, almohada, vibrador, dedal)? _____
 ¿Sabes (n) cómo se utiliza? _____

 ¿Qué otros instrumentos u objetos se utilizan para la masturbación?

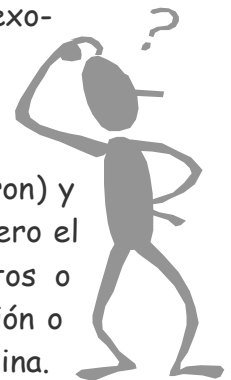


Tiempo aprox. para la dinámica: 20 min.

5.- Ejercicio "Clasificación de respuestas: mitos y realidades". El facilitador pegará en la pared o pizarrón una lámina con el título de mitos y la otra con la de verdades, se colocarán las respuestas que dieron al principio de la sesión en una bolsa de plástico y las oraciones escritas en papeles que en el anexo-evaluaciones no. 14 se presentan.

☛ Mientras tanto se pedirá que formen 3 ó 4 equipos y que cada uno saque de la bolsa uno de los papeles (que anteriormente ellos contestaron) y se lo entregue a alguna de las instructoras para que lo lea en voz alta, pero el equipo que lo sacó deberá indicar la lámina a la que pertenece (Mitos o realidades), fundamentando a partir de lo que comprendieron en la sesión o de aquello que justifica el que la frase corresponda a una u otra lámina. Después, les preguntará a los otros equipos si están o no de acuerdo y el porqué; por cada respuesta correcta, los equipos obtendrán una ficha que será canjeada al final de la actividad por paletas. Por cada respuesta correcta que dé el equipo en su turno se les dará un punto, equivalente a una paleta.

Tiempo aprox. para la actividad: 20 min.



Cierre de la actividad. El coordinador recordará que: *"Si bien es cierto que la masturbación es entre otras cosas una forma sana de lograr la relajación de la excitación sexual, de distensión, de conocimiento y no causa daño a la salud, también es cierto que cuando se sale de los límites o no se tiene control al practicarla, puede ocasionarle problemas a nivel físico, social y psicológico, convirtiéndose así en una patología que requiere de ayuda profesional"*.

Posteriormente, hará el canje de fichas por paletas.

Tiempo aprox. para la el cierre: 5 min.

6.- Ejercicio "Mostrando habilidades asertivas respecto al tema: masturbación". **El coordinador pedirá que dos equipos de 3 personas pasen al frente para realizar la práctica de habilidades sociales y les propondrá las siguientes situaciones:**

- Dos personas (amigos) te insisten mucho para que le cuentes si te has masturbado en algún momento y porque, pero tú no quieres hablar al respecto.
- Entre hombres (amigos) quieren hacer una cita para masturbarse juntos y haber quién lanza más lejos su semen, pero tú no quieres.

Cada equipo tendrá 5 min. para hacer su demostración. El coordinador solicitará a los demás que pongan atención no sólo a los aspectos que se han venido criticando, sino también a los avances o cambios positivos que los actores presentan en comparación a las anteriores participaciones.

Tiempo aprox. para la actividad: 10 min.

Retroalimentación. Después de cada práctica, los oyentes participarán dando la retroalimentación pertinente a cada persona (para ello el coordinador diariamente colocará las láminas sobre las características de una persona asertiva, para la toma de decisiones y desarrollo de una adecuada autoestima.), recalcando los avances respecto del desempeño en las anteriores actuaciones.

Tiempo aprox. para la retroalimentación: 10 min.

7.- Evaluación. El facilitador proporcionará a cada uno de los jóvenes participantes un cuestionario del Anexo- evaluación 14: ¡¿Yooo?!, para que lo contesten y al finalizar se lo devuelvan.

Tiempo aprox. para la evaluación: 10 min.

8.- Cierre. El coordinador pedirá que al menos 3 voluntarios participen, respondiendo las siguientes preguntas, para concluir la sesión:



¿Qué finalidad le verías a la práctica de autoestimulación? _____

¿Qué contras le verías el practicarlo? _____

¿Te atreverías a criticar o pensar negativamente sobre _____

Después les regalará un tríptico sobre la masturbación (Ver anexos-trípticos) a cada participante, para que en conjunto lo exploren.

Finalmente, el coordinador agradecerá la asistencia de los participantes y recordará que la práctica de la masturbación es una cuestión privada a nivel individual y/o de pareja y la decisión de ejercerla depende de cada uno, así como el compartir su experiencia hablándolo con alguien más, pero lo importante es que tengan las bases sobre el tema y ojalá pudieran difundir esa información a quienes les interese o la necesiten.

Tarea: El facilitador indicará que para la sesión 9 será necesario que realicen la siguiente actividad: ir con un médico o ginecólogo a pedir información y ayuda para elegir un método haciendo uso de sus habilidades sociales y después ir a la farmacia y preguntar al farmacéutico si dispone de lo que él médico indicó, así mismo, preguntar sobre otras opciones (marcas) y si les puede decir cuales son las diferencias, así como del costo de cada uno de ellos.

Tiempo aprox. para toda la dinámica: 15 min.

Bibliografía Básica:

- CONAPO, (1982). *La Educación de la Sexualidad Humana*. México: CONAPO, Programa Nacional de Educación Sexual.
- Barragán, F. (1991). *La educación sexual: guía teórica y práctica*. México: Paidós.
- Gotwald, T. y Holtz, G. (1983). *Sexualidad la experiencia humana*. México: El manual moderno.

- Inteliviven.com-Venezuela, (2001). *Sexualidad*. Obtenido el 7 de Octubre de 2003, desde <http://inteliven.com/sexualidad/41.asp>
- Katchadourian H. A.; Donald T. y Lunde M. D. (1992). *Las bases de la sexualidad humana*. México: Continental.
- Psicología integradora Es así (2001). *La masturbación*. Obtenido el, 18 de Mayo del 2005, desde <http://www.es-asi.com.ar/sexualidad/masturbacion.htm>
- Tiefer, L. (1980). *Sexualidad humana*. México: Harper y Row latinoamericana.

Bibliografía complementaria:

- Fallas, H. y Ververde, O. (2000). *Sexualidad y salud sexual y Reproducción en la Adolescencia: modulo de capacitación para personas de la Salud*. Obtenido el 15 de Abril del 2005, desde <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/reproductiva/htm>
- López, P. (2003). *Mitos sexuales*. Obtenido el 7 de Octubre de 2003, desde <http://www.es.geocites.com/textoyarticulos/sxll.htm>
- Madaras, I. (1992). *¿Qué le pasa a mi cuerpo?: cómo ayudar a su hijo a convertirse en hombre*. México: Diana.
- Sapeti, A. (2001). *El sexo y el hombre de Hoy*. México: EMECÉ.
- Sexo-sexualidad (2000). *Masturbación*. Obtenido el 18 de Mayo del 2005, desde <http://www.tnrelaciones.com/anexo/sexo/masturbacion.html>

Sesión 8.*EL ORGASMO***INTRODUCCIÓN**

El orgasmo se ha definido como una respuesta casi convulsionante, aliviadora de tensión, muy placentera, que constituye la cima de la satisfacción emocional y física en la actividad sexual. El orgasmo es una experiencia individual, que dura alrededor de tres a diez segundos, y que posee una intensidad que muchos encuentran difícil de entender. Se ha señalado que tanto las mujeres como los hombres son capaces, por don natural, de experimentar orgasmos múltiples (Katchadourian y Lunde, 1992). De igual manera se ha demostrado que si el estímulo que provocó un primer orgasmo, si se continúa puede surgir un segundo orgasmo y otros más. Cuando los hombres tienen un segundo orgasmo poco después del primero mencionan que este implica un placer superior, de igual manera, un orgasmo prolongado es una respuesta orgásmica que se retarda y dura cuando menos veinte segundos y quizá, hasta un minuto (Álvarez- Gayou, 1996).

La cualidad de un orgasmo, se refiere a la intensidad, duración y placer total, varían de un coito a otro. La originalidad y la frecuencia de la experiencia orgásmica pueden influir sobre la calidad de la siguiente actividad sexual, también pueden influir factores negativos como la ansiedad, la culpa, la depresión, la ira, la indiferencia hacia la pareja y el desagrado por el escenario que rodea a ambos miembros de la pareja. Tales factores no sólo afectan la calidad del orgasmo, sino también, si son lo suficientemente intensos, pueden bloquear la respuesta, por ello es importante recibir información que favorezca la disminución y erradicación de aquello que pueda entorpecer la respuesta sexual (Álvarez y Mazin, 1990).

Ahora bien, para entender el tema del orgasmo es necesario hablar acerca del proceso por el cual se llega y termina este; dicho proceso se refiere a la respuesta sexual humana y comprende: la *fase de deseo*, *fase de excitación*, *fase de meseta*, *fase orgásmica* y *fase de resolución* (Mc Cary y Ma Cary, 1983). Sin embargo, respecto de lo que implica la fase orgásmica, giran en torno a ella diversas creencias erróneas como el creer que no llegar al orgasmo puede producir molestias, dolor o cáncer, que orgasmo es sinónimo de eyaculación, que una mujer sólo puede llegar al orgasmo cuando encuentran al hombre adecuado o si se le estimula el punto G y los cuales afectan negativamente el comportamiento sexual de las personas (Master y Johnson, 1978). Por tanto, es pertinente que los adolescentes reciban información

veraz y confiable acerca del tema, pues además, en trabajos de educación sexual, pocas veces se trata de desmitificar tales ideas, abordando sólo aspectos biológicos y anatómicos, siendo así éste un espacio destinado y adecuado para hacerlo.

PROPÓSITO GENERAL DE LA SESIÓN: Los participantes reflexionarán acerca de los mitos que ellos mismos tienen acerca del orgasmo y cambiarán sus ideas erróneas por verdaderas.

Objetivos específicos:

- Explorar la percepción que los jóvenes tienen respecto de aspectos relacionados con el orgasmo
- Presentar información sobre la respuesta sexual humana
- Practicar habilidades sociales en cuanto alguna situación que implique hablar de orgasmo
- Evaluación de conocimientos respecto al tema

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES: Responder a las preguntas planteadas, comentar aspectos que son importantes a considerar, exponer dudas.

FORMA DE EVALUACIÓN: con las respuestas y preguntas expresadas verbalmente o por escrito.

MATERIALES: Hojas de preguntas, hojas de afirmaciones, trípticos, lápices, ilustraciones.

DURACIÓN: 120 min.

ACTIVIDADES:

1.- **Bienvenida.** Se dará la bienvenida mencionando de qué tratará el tema de la sesión, y explicando las actividades que se van a realizar.

Tiempo aprox. para la bienvenida: 5 min.

2.- **Ejercicio “Yo sé que...”** El facilitador repartirá una ficha a cada integrante del taller, la cual contendrá lo que se indica en el siguiente recuadro y les solicitará que contesten lo que se les pide, a partir de lo que saben o piensan acerca del orgasmo y que al terminar se la devuelvan

¿Qué sabes del orgasmo?

¿Qué crees que es un orgasmo?

¿Qué tendrías que hacer para poder experimentar un orgasmo?

¿Qué dudas tienes acerca del orgasmo?



Tiempo aprox. para la actividad: 10 min.

Cierre de la actividad: Cuando todos hayan devuelto sus fichas, el coordinador solicitará a los participantes que pongan mucha atención en las respuestas que va a leer (leer aprox. 10 fichas), pues en la siguiente actividad participarán opinando y comparando tales respuestas con la exposición

Tiempo aprox. para la lectura: 5 min.).

3.- Exposición del tema. El facilitador presentará de manera breve la información sobre el orgasmo, abarcando los siguientes puntos: La respuesta sexual humana, las diferentes fases que algunos autores marcan en torno a ella, haciendo hincapié en la fase del orgasmo, desmitificando también los mitos más comunes que existen acerca del orgasmo, incorporando los que están en el anexo-evaluación no. 16.

Mientras tanto, se invitará a que los demás participen respecto de las respuestas dadas en el ejercicio anterior, es decir ejemplificando o mencionando otros, aclarando que no es una crítica hacia la persona que lo haya lo escrito, sino una opinión dirigida al comentario.

Cierre de la actividad. El facilitador recalcará que aparte de que el orgasmo o clímax es una experiencia de difícil descripción por la cantidad de emociones y sensaciones que despierta y porque es una experiencia diferente para cada individuo, no obstante, es un momento de máxima plenitud y satisfacción, de unión consigo mismo y de mucha intimidad y fusión con la pareja.

Tiempo aprox. para la dinámica: 15 min.

4.- Ejercicio "Representación teatral". Se les presentarán algunos de los mitos que se han formado en torno al orgasmo, así como de las realidades de éstos, por

medio de una pequeña representación (Anexo 15): en la que 5 de los participantes voluntarios simularán ser un grupo de amigas que expresan algunas de sus dudas acerca del orgasmo y a la vez responderán a éstas (dispondrán de 5 min. aprox. para hacer la representación). Al terminar se pedirá que opinen a cerca de lo sucedido en el diálogo de las 5 chicas.

Tiempo aprox. para la dinámica: 15 min.

5.- Practicando habilidades asertivas con relación al Orgasmo. El coordinador pedirá que dos equipos de dos personas pasen al frente para hacer la práctica de habilidades sociales (de preferencia aquellos que no hayan realizado tal actividad o si ya pasaron todos, realizar una segunda ronda). Pedirá que demuestren como actuar asertivamente en las siguientes situaciones:

- *Solicitar información al médico (con ideas tradicionalistas) sobre lo que es un orgasmo, porque tú no sabes qué es.*
- *Después de habernos excitado mi novio y yo, yo ya no quise llegar al coito y mi novio me pide que tengamos relaciones sexuales porque si no le va a doler su pene y eso contribuye a que en un futuro tenga cáncer.*

Retroalimentación. Los demás participantes comentarán el desempeño mostrado en los ejemplos, siguiendo la temática de las anteriores, además de mencionar los posibles avances respecto de las anteriores participaciones de esas personas.


Cierre del ejercicio. El facilitador enfatizará que: *"La pareja de cada uno no tiene porqué forzarlos a hacer algo que no desean, pues aún cuando tengan un alto grado de excitación sexual tanto en hombres como en mujeres, sino llegan al orgasmo, sólo se llega a sentir una leve tensión en los genitales, pero no pasa a más; sin embargo, para disminuir esa tensión se puede usar la masturbación individual o en pareja y ello no indica que la persona que lo lleva a cabo o en la pareja existan problemas en el área sexual".*

Tiempo aprox. para la dinámica: 20 min.

6.- Ejercicio "Mito o realidad": El coordinador entregará una hoja (Anexo-evaluaciones 16 "¿Ahora qué?") en la cual se presentan afirmaciones correspondientes a mitos y realidades del orgasmo, tratadas a lo largo de la sesión, para que los participantes las contesten y al terminar la devuelvan al facilitador. Una vez que todos hayan entregado sus cuestionarios, él mencionará que a partir de sus respuestas; noten los cambios respecto de las ideas que tenían anteriormente con las que a partir de ésta sesión han construido.

Tiempo aprox. para la dinámica: 15 min.

7.- Cierre de la sesión. El coordinador pedirá que 4 voluntarios, contesten en voz alta una de las preguntas, que de acuerdo a la siguiente ficha les corresponde, de igual forma se les invitará a que, si desean los demás, pueden agregar algo.




1 ¿Qué importancia tiene terminar con los mitos acerca del orgasmo?

2 ¿Cómo me sentí al hablar acerca de tema?

3 ¿Fue interesante la manera en la que se trató el tema? ¿porqué? _____

4 ¿Tengo alguna otra duda sobre el orgasmo? _____



Tiempo aprox. para la dinámica: 15 min.

Finalmente, cada participante pasará por un tríptico con el coordinador y éste invitará a que lo revisen cuidadosamente en su casa, para que si tienen alguna pregunta la hagan en la siguiente sesión.

Bibliografía Básica:

- Alvarez- Gayou, J. (1996). *Sexualidad en la pareja*. México: El Manual Moderno.
- Álvarez- Gayou, J. y Mazin, R. (1990). *Elementos de Sexología*. México: Interamericana.
- CONAPO, (1982). *La Educación de la Sexualidad Humana* . México: CONAPO, Programa Nacional de Educación Sexual.
- Insúa, P. (1999). Programa de Formación de formadores para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. En: *Manual de Educación Sanitaria: Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas*. Obtenido el 14 de Septiembre del 2004, desde <http://mir.es/pnd/publica/pdf/maedsan.pdf>
- Master, W. y Johnson, V. (1978). *Respuesta sexual humana*. Argentina: Intermédica.
- Mc Cary, L. y Mc Cary, P. (1983). *Sexualidad Humana*. México: El Manual Moderno.
- Mc Cary, L., Mc Cary, P., Alvarez- Gayou J., Del Río C. y Suárez, L. (1996). *Sexualidad Humana*. México: El Manual Moderno.
- Monroy, A. (2002). *Salud y Sexualidad en la adolescencia y juventud*. México: Pax México.

- Sexo-sexualidad (2000). *Orgasmo*. Obtenido el 18 de Mayo del 2005, desde <http://www.tnrelaciones.com/anexo/orgasmo/index.html>

Bibliografía complementaria:

- Katchadourian, H y Lunde D. (1992). *Las bases de la Sexualidad humana*. México: Continental.
- Fallas, H. y Ververde, O. (2000). *Sexualidad y salud sexual y Reproducción en la Adolescencia: modulo de capacitación para personas de la Salud*. Obtenido el 15 de Abril del 2005, desde <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/reproductiva/htm>
- Madaras, I. (1992). *¿Qué le pasa a mi cuerpo?: Cómo ayudar a su hijo a convertirse en hombre*. México: Diana.
- Pick, S., Aguilar, A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, E., Pier, D., Acevedo, P. y Vargas, E. (1995). *Planteando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes*. México: Planeta.
- Sapeti, A. (2001). *El sexo y el hombre de Hoy*. México: EMECÉ.

Sesión 9.*MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y
MÉTODOS DE PREVENCIÓN DE ITS.***INTRODUCCIÓN**

La **anticoncepción** se define como la serie de barreras que en forma voluntaria se utilizan para inhibir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en edad fértil ya sea de modo temporal (Naturales, Hormonales, De barrera Químicos y Mecánicos) o permanente (Vasectomía y Salpingoclasia) (Monroy, 2002). Aún cuando tales métodos previenen el embarazo, la mayoría de ellos no lo hace con respecto a la prevención de ITS, incluyendo el VIH/SIDA, por lo que la población debería tomar en cuenta esto y elegir un método que prevenga ambas situaciones.

Todas las personas, incluyendo los adolescentes, poseen derechos sexuales y reproductivos, entre los cuales se encuentra los derechos humanos de decidir cuantos hijos o hijas va a tener, cuándo los tendrá y con qué intervalo de tiempo, así como a estar libre de enfermedades y deficiencias que interfieran con sus funciones sexuales y reproductivas (Torres, 2004), al acceso a los servicios apropiados, información sobre infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, a la intimidad, confidencialidad, respeto y consentimiento basados en una información correcta (Convención de los Derechos de la Niñez CDN, 2002). A pesar de la implementación de éstos derechos, no se garantiza que se lleven a cabo, pues el sector salud conserva prejuicios y reservas en cuanto a la información, recursos y servicios que supuestamente deberían brindar a los adolescentes, provocando que la salud sexual y reproductiva de los adolescentes se vea afectada

De tal manera, es importante que dentro de este tipo de programas se incluya y dedique una sección en la cual se brinde la información necesaria y adecuada para los adolescentes en cuanto a los métodos anticonceptivos, especificando no sólo la forma de uso, las consecuencias, efectos y ventajas, sino también incluir lugares en los cuales se puede adquirir, los costos y principalmente especificar aquellos que protegen de ITS, mencionando cuales y así, el usuario ejerza su derecho de vivir su sexualidad con responsabilidad (Döring, 2000).

PROPÓSITO GENERAL DE LA SESIÓN: Los participantes conocerán los diferentes métodos anticonceptivos y cuáles de ellos previenen también Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Objetivos específicos:

- Explorar las ideas y conocimientos que los participantes tienen respecto de los métodos anticonceptivos y de prevención de ITS.
- Dar a conocer la información de cada uno de los métodos y también los conozcan físicamente, su uso y costo.
- Propiciar la reflexión respecto de la importancia de la elección oportuna y del uso adecuado de los métodos, así como de las consecuencias de no hacerlo o de elegir uno y otro (s).
- Verificar y evaluar los conocimientos correctos de los participantes respecto del tema.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES: Responder a las preguntas planteadas por escrito, leer las respuestas del cuestionario, opinar sobre los tópicos revisados y plantear dudas.

FORMA DE EVALUACIÓN: con las respuestas expresadas verbalmente o por escrito.

MATERIALES: pizarrón, gis, 1 caja de pastillas anticonceptivas, una lámina sobre las pastillas anticonceptivas, 1 caja de hormonal inyectable, 30 condones masculinos, 1 dildo, 1 condón femenino, 1 caja de parches, folletos acerca de los métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, tarjetas en blanco, trípticos, lápices, copias de los artículos sobre el aborto, buzón.

DURACIÓN: 120 min.

ACTIVIDADES:

1. -**Bienvenida:** El facilitador dará la bienvenida y mencionará el objetivo general de la sesión.

Tiempo aprox. de la actividad: 1 minuto.

2.- **Ejercicio "Opinando sobre los métodos de prevención".** Para comenzar se pedirá que de manera individual contesten las cuestiones de la hoja que el

coordinador les entregará (ver Anexo 17 de evaluación) y que al terminar se lo devuelvan.

Tiempo aprox. de la actividad: 9 minutos.

3.- Dinámica de exposición. El coordinador solicitará a los jóvenes que se sienten formando un círculo, pues todos irán participando, conforme estén sentados. Les repartirá azarosamente los cuestionarios contestados anteriormente, explicándoles que aún cuando no sea el suyo, lo revisen brevemente y que participen durante la exposición refiriéndose a las respuestas que tengan que ver con los métodos que se vayan abordando. Así mismo, repartirá un tríptico a cada uno (Ir a Anexos - trípticos: *Métodos anticonceptivos y de prevención de ITS*), especificando que éstos les servirán como guía en la siguiente exposición, por lo cual, también les pedirá que los revisen en cuanto los tengan en mano.

Tiempo aprox. para la breve revisión de los materiales: 5 min.

Nota: A partir de esto, hará la exposición, además de que colocará en el centro diferentes métodos (tipos y marcas) como son: pastillas, inyecciones, condones, parches, espermaticidas; los cuales deberá ir mostrando y permitiendo que los participantes los observen, revisen y palpen conforme vaya explicando cada método.

Indicaciones previas para siguiente actividad: Es importante que al abordar cada uno de los métodos como a continuación se sugiere, el coordinador se asegure de: definir los diferentes métodos que existen (Temporales; naturales, hormonales, De barrera Químicos y Mecánicos, y permanentes; Vasectomía y Salpingoclasia), mencionar las presentaciones o formatos que se encuentran disponibles, los efectos, las ventajas, incluyendo la eficacia y si previenen alguna (s) ITS, especificando cuales, hablar sobre las desventajas y contandicaciones, así como de los lugares en donde se pueden adquirir y los costos. Tal información está contenida en el manual de los participantes.

Las temáticas a desarrollar pueden ser de la siguiente manera:

a) El coordinador comenzará con los **Métodos temporales: Naturales.**

2.- Pedir que conforme van sentados vayan participando de la siguiente manera, dos personas lean lo que el tríptico indica respecto de los métodos naturales. Enseguida, el coordinador complementará la información, de tal forma que cubra los puntos que anteriormente se indicaron. Para explicar el modo de empleo del método de Billing deberá apoyarse en una lámina que ilustre el calendario y así poner un ejemplo, posteriormente preguntará dudas y las contestará.

Tiempo aprox. para la actividad: 15 min.

1.- Solicitar que otras dos personas lean la pregunta y respuesta no. 6 del cuestionario que les proporcionó y que si otra persona quiere leer lo que dice su hoja porque cree que es importante o diferente a lo que mencionaron sus compañeros, lo lea, pidiéndoles además que comparen tales respuestas con la información que se les dio sobre los métodos.

Tiempo aprox. para la actividad: 5 min.

b)Continuará con los **Métodos temporales hormonales**

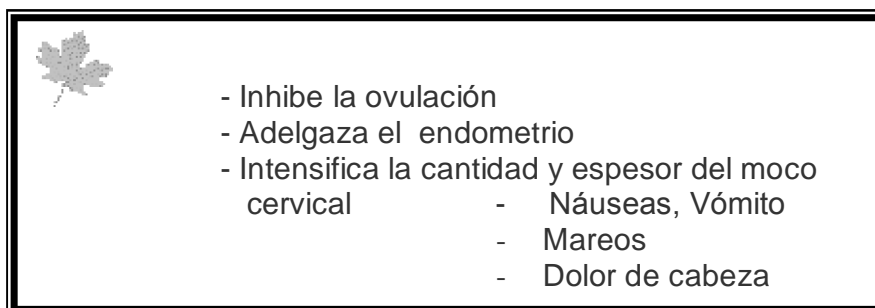
1.- Indicar que una persona lea del tríptico lo correspondiente a las píldoras, el coordinador pasará algunas cajas de píldoras (de 21 y 28 pastillas) a los jóvenes y deberá complementar la información, donde además de cubrir los puntos señalados, deberá especificar la diferencia en el uso entre los formatos de 21 y 28 pastillas, y responderá dudas.

Tiempo aprox. para la actividad: 10 min.

2.- Solicitar que los siguientes dos participante lean lo relacionado a la pregunta y respuesta a leer será la no. 1 y 2 del cuestionario, para que las comparen con la información dada.

Tiempo aprox. para la actividad: 5 min.

3.- Solicitar que una persona lea lo correspondiente a los parches y las inyecciones. Enseguida, el coordinador pasará una caja de parches y otra de inyección anticonceptiva, entonces complementar la información. Además, resumirá que cualquier presentación de anticonceptivo hormonal como son los parches, inyecciones o pastillas, no varía mucho su efecto en cuanto a que:



Tiempo aprox. para la actividad: 5 min.

c) Métodos temporales de Barrera Químicos

4.- Pedir que el siguiente joven hable de los espermaticidas y de las esponjas, mientras que el facilitador pasa el material de ejemplo sobre las presentaciones de éstos químicos, complementando y resolviendo las posibles preguntas.

Tiempo aprox. para la actividad: 5 min.

d) Respecto de los Métodos temporales de barrera Mecánicos.

2.- El coordinador referirá brevemente las características del condón y pedirá a dos mujeres y dos hombres, con ayuda de un dildo y un condón femenino y masculino (que el coordinador les proporcionará) muestren cómo se coloca el condón, señalando los pasos a seguir para colocarlo adecuadamente

Tiempo aprox. para la actividad: 5 min.

3.- El coordinador, dará la información pertinente a éstos métodos y les proporcionará el Anexo- evaluación 18: "Pasos para la colocación correcta del condón femenino y masculino", para que a partir de ello se ratifique y complemente el procedimiento haciendo una demostración verbal y práctica (basándose en el anexo). Después, pedirá que dos hombres y dos mujeres pasen a colocar y a demostrar de acuerdo a los pasos señalados, el cómo se colocan tales condones, solicitándoles que vayan mencionando cada uno de los pasos.

Tiempo aprox. para la actividad: 15 min.

3.- Pedir que las siguientes 2 personas lean las preguntas 3 y 4 y 7 del cuestionario y solicitar que lo comparen con la información antes referida, además de poner mucho énfasis en que ambos condones son los únicos medios que previenen embarazo, ITS y el VIH/SIDA.

Tiempo aprox. para la actividad: 5 min.

e) Métodos temporales mecánicos

1.- Pedir a dos jóvenes que lean del tríptico lo que se dice del diafragma y del DIU, para que el coordinador complemente la información y las dudas que los participantes puedan manifestar.

Tiempo aprox. para la actividad: 5 min.

f) Por último, los **Métodos permanentes Quirúrgicos**

1.- Solicitar a dos personas que lean del tríptico lo referente a Vasectomía y Ligadura de Trompas, para que el coordinador complemente la información y resuelva las dudas.

Tiempo aprox. para la actividad: 5 min.

Cierre de la dinámica: El coordinador pedirá que todos le devuelvan los cuestionarios y escribirá en el pizarrón las preguntas de recuadro de abajo. Entonces, les dirá: " *Los invito a que participen contestando las siguientes preguntas*":

¿Qué tanto mis ideas y las de los demás se basaban en la información que aquí se manejó?

A partir de lo que revisamos, ¿observo cambios en mis ideas?
¿Consideraría utilizar algún (os) método (s) de anticoncepción y/ o de

Por último, el coordinador recalcará que es importante que: "*antes de iniciar su actividad sexual, elijan algún método (s) con ayuda de un médico o ginecólogo de acuerdo a sus características físicas y necesidades de prevención y sigan las indicaciones toda vez que empleen el método, o sea, para ejercer una sexualidad sana y con responsabilidad y que si saben de alguien que no lo ha hecho compartan la información que tienen y lo ayuden a despejar las dudas que tengan, pues el conocimiento debe ser compartido y más en situaciones que las requieren*".

Tiempo total para la dinámica de exposición: 75 min.

3. - Entrega de trípticos. Enseguida, el coordinador repartirá un tríptico a cada asistente (Ir a Anexos -trípticos: *Métodos anticonceptivos y de prevención de ITS*), especificando que éstos servirán como guía para la siguiente actividad, les

pedirá que los revisen en cuanto los tengan en mano, pues éstos contienen: diferentes métodos anticonceptivos ilustrados y catalogados según el porcentaje de efectividad, cambios en la salud, ventajas y desventajas. Pedirá que si tienen alguna al respecto la tengan presente durante la siguiente exposición, ya que se irán explicando cada uno de ellos y les pedirá que así mismo, pedirá que en casa revisen su manual respecto a los métodos de anticoncepción y de prevención de ITS para que si tienen dudas las expresen al iniciar la siguiente sesión.

Tiempo aprox. para la entrega de trípticos: 5 min.

6- Evaluación. El facilitador proporcionará a cada integrante del taller una hoja (Anexo 19 "A ver si es cierto"); con oraciones afirmativas, *les indicará que marquen con un X la oración que sea verdadera porque la información lo corrobora. Cuando los participantes hayan terminado, el coordinadora indicará en voz alta las preguntas las respuestas que sean verdaderas y de las falsas, solicitando que los demás argumenten el porqué lo son*".

Mientras tanto, el facilitador indicará que debido a que el tiempo no permitió hacer una dinámica de práctica respecto del tema de la sesión, incluyendo las habilidades sociales, la toma de decisiones y considerando la importancia de elegir oportunamente un método; la tarea de elegir un método con ayuda del médico e ir a la farmacia a preguntar sobre ellos, será una situación idónea para practicar tales habilidades, por lo cual será necesario hacer esa tarea, porque sus experiencias serán parte de una de las actividades a realizar en la siguiente sesión.

Tiempo aprox. de la actividad: 10 min.

Cierre de la sesión. El coordinador expresará lo siguiente: *"No es necesario ser sexualmente activo para buscar, disponer y tener los conocimientos y materiales sobre el tema, pues la salud física, social y psicológica puede verse afectada sino se hace uso correcto y oportuno de éstos"*. Enseguida, les indicará la tarea:

Tarea: Para la siguiente sesión será necesario que hayan leído los dos artículos que les proporcionará (Ver anexo- evaluaciones no. 20: El aborto y la diferencia entre la anticoncepción de emergencia y el aborto médico) y que se refieren al embarazo y al aborto, ya que en la siguiente sesión se trabajarán tales temas.

De igual manera, invitará a que lean de nuevo su manual en cuanto al tema abordado, pues allí vienen algunos otros datos complementarios y que no se revisaron en la sesión, para que si tienen alguna otra duda, se resuelva durante las siguientes sesiones.

Tiempo aprox. de la actividad: 5 min.

Bibliografía Básica:

- Calderón- Jaimes, E., (1999). Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 41 (4), 334 - 343 .
- Cañada, E., Rodríguez, A. y Truño, M., (n.f). *Los derechos sexuales y reproductivos a través del cine: Sexualidad e identidad y relaciones de género*. Obtenido el 10 Junio de 2005, desde <http://www.edualter.org/material/cineiddssrr/forum/forum.pdf>
- Cervera, J., Campos, E. y Cano, J. (2001). Enfermedades de Transmisión Sexual y Adolescencia: Generalidades y prevención. En *Manual de Salud reproductiva en la Adolescencia: Aspectos básicos y Clínicos* (Capítulo 15). Obtenido desde [http://www.iespana.es/revista_arbil\(76\)sida.htm/buenaprevenciónSIDA](http://www.iespana.es/revista_arbil(76)sida.htm/buenaprevenciónSIDA)
- Convención de los Derechos de la Niñez (CDN, 2002). La convención de los derechos de la niñez y los derechos sexuales reproductivos de los adolescentes. En: <http://www.thais.org.mx/cdn/cdn03.html>
- De la Cruz, C. (2002). *Situaciones embarazosas: claves para situarse y prevenir embarazos no deseados*. Obtenido el 23 de Noviembre del 2004, desde <http://cje.org/publicaciones.nsf/ef2e05c02233e9fdc125692b00>
- Gamón, C. (2004). *Parches anticonceptivos*. Obtenido el 20 de Mayo del 2005, desde <http://www.openliferevista.com/revistas/26/conxagamon.htm>
- Organización Panamericana de Salud (OPS, 2004). *Infecciones de transmisión sexual ITS, VIH SIDA*. Obtenido el 20 de abril del 2005, desde <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161710>
- Pick, S., Aguilar, A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, E., Pier, D., Acevedo, P. y Vargas, E. (1995). *Planteando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes*. México: Planeta.
- Pick, S. y Trujillo, E. (1995). *Yo adolescente: Respuestas claras a mis grandes dudas*. México: Planeta.
- Monroy, A. (2002). *Salud y Sexualidad en la adolescencia y juventud*. México: Pax México.
- Salud hoy, (2003). *Parches anticonceptivos*. Obtenido el 16 de Mayo del 2005, desde <http://www.saludhoy.com/htm/noticias/2003/ago08-1.html>
- Vector, M. (2005). *Los parches anticonceptivos*. Obtenido el 2 de Mayo del 2005, desde <http://www.mundogar.com/ideas/reportaje.asp?ID=13107&MEN.ID=32>

Bibliografía Complementaria:

- Centro de estudios de población (CENEP, 2000). *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en Salud sexual y reproductiva*. Obtenido el 30 de Junio del 2005, desde <http://www.adolec.org/pdf/normasweb.pdf>
- Döring, M. (2000). *El mexicano ante la Sexualidad*. México: Fontamara.

- Grupo de Información de Reproducción Elegida, A.C. (2004). *Hoja informativa los derechos reproductivos en la legislación y en las políticas públicas de México*. Obtenido el 2 de Junio del 2005, desde <http://www.gire.org.mx>
- Judd, S., Brindis, C., Rodríguez, K., Stern, C., Reartes, D., Del Castillo, E. y Billings, D. (2004). México: Perfil de la salud sexual y Resproductiva de los jóvenes mexicanos. *El involucramiento de los hombres jóvenes en la salud sexual y reproductiva: Hacia una agenda binacional de investigación, acción y política pública* (Capítulo 1). Obtenido desde http://ipas.org/publications/es/AAAPG_S99_es.pdf
- Levesque, J. (2000). Sexuality education: What Adolescents' Educational Rights Require. *Psychology, Public Policy and Law*, 6 (4).
- Martínez, F., González, E. y Díaz, J. (2002). *Formación Cívica y Ética 3*. México: Fernández editores
- Sexo con seso (n.f.). Métodos anticonceptivos (*Folleto*). Obtenido el 25 de Mayo del 2005, desde <http://www.sexocoseso.com.mx>
- Sociedad española de contracepción (2005). *Manual de salud reproductiva en la adolescencia*. Obtenido el 16 de Mayo del 2005, desde <http://www.sec.es/mbuscar.htm>
- Torres, C., (2004). *28 de mayo: Derechos sexuales y reproductivos*. Obtenido el 8 de Junio del 2005, desde <http://www.mujereshoy.com/secciones/2032.shtml-30k-8Jun2005>
- Unidad de Investigación epidemiológica y en servicios de Salud al adolescentes (UIESSA, 2004). *Manual de autocuidado de la salud de adolescentes*. Obtenido el 25 de Mayo del 2005, desde <http://148.202.92.157/uiessa/manual/index.htm>

Sesión 10.

*EMBARAZO Y ABORTO***INTRODUCCIÓN**

El embarazo y el aborto están considerados como algunas de las consecuencias de la práctica de conductas sexuales riesgosas, que los adolescentes suelen enfrentar, de acuerdo con la Secretaría de Salud (2001) se reportaron 366 mil nacimientos por mujeres de 15 a 19 años, en el 2001, así mismo, el INEGI reportó en 1998: 145.436 abortos, y en el caso de las adolescentes, la estimación indica que la tasa de abortos por 1.000 mujeres (15-19) es del 13 % lo que resultaría en 66.000 abortos anuales y de las 70,000 mujeres que mueren en el mundo, 3.80 son mujeres de 12 a 19 años y 2.55 tienen 20 a 30 años de edad (Bruyn, 2002; Population Reports, 1995).

Ehrenfeld (1994) menciona que un embarazo representa una situación difícil de enfrentar, porque la mayoría de las adolescentes descubren su embarazo, sin haberlo planeado, sin haber tenido la oportunidad de experimentar las diferentes facetas de la vida en pareja en mejores condiciones. Además, cuando una joven adolescente está embarazada, regularmente se enfrenta a ciertas situaciones que implican el embarazo a su edad y afectan su vida cotidiana; éstas son de tipo:

Biológico y se refiere a que el crecimiento de la chica se ve afectado, pues lo que debiera crecer en su desarrollo normal, a partir del embarazo seguramente, no sucederá, pues abran nuevos cambios en su desarrollo muscular y óseo principalmente, además de que con el embarazo y lactancia la ración nutritiva aumentará, así como su necesidad de dormir y de descanso y probablemente no serán satisfechas tales necesidades, porque la chica embarazada también necesita y aumentan tales requerimientos por estar en la etapa de adolescencia (Deschamps, 1979).

Social, éstas tienen que ver con las dificultades sociales a las cuales se enfrenta la adolescente a partir de su embarazo cómo el ser rechazada en algunos grupos, en las escuelas, trabajos (Population Series, 1995) y por otro lado, está el hecho de que algunas enfrentaran el peso moral y social de ser madres solteras la maternidad solas, que aún cuando estén con su pareja por unión libre o casados, saben que esa unión es debida al embarazo y por tanto, desconocen su futuro en cuanto a calidad, duración, condiciones de protección, afecto y bienestar de la pareja y del niño

(Infanzón, 2004). Es casi imposible que una adolescente encinta o madre joven pueda asegurar la autonomía socioeconómica para su subsistencia y la de su hijo, especialmente en zonas rurales, puesto que ella muchas veces es dependiente de sus padres y el embarazo o el alumbramiento hará aumentar tal dependencia, haciéndola más larga y difícil de resolver y de soportar, además de que también representa un incremento el gasto del gobierno, en especial los de atención sanitaria social (Deschamps, 1979; Population Reports, 1995).

Psicológico, la adolescente encinta acumula tanto las dificultades habituales de la adolescencia, así como, los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo, las dificultades personales o familiares que favorecieron el advenimiento de la adolescente embarazada, asumir las modificaciones de su imagen corporal mal definida aún por los cambios debidos a su desarrollo, tener que acostumbrarse a un cambio de proporción de los miembros y tronco además de los que ya presentaba en los senos y caderas, el de saber que tiene el poder de alumbrar y el deber de educar tempranamente a un niño cuando aún no se cuenta con el reconocimiento de tal capacidad para ejercer una función social, la de satisfacer la necesidad de dependencia que experimenta el niño concebido, sin haber adquirido la propia independencia, la de tener que ser adulta siendo aún una niña., "ser madre antes de ser mujer". Además, para la muchacha que se habían proyectado triunfar en la vida, que deseaba hacer lo mejor, que soñaban con una vida familiar en la que la madre no quedara ahogada por el peso de sucesivas maternidades; el embarazo viene a deshacerle y revertirle todo; suele verse como otras mujeres, que tienen una maternidad precoz, antes del matrimonio, siendo que ella quería evitar ese ciclo; para otras significa el fracaso previo a cualquier intento de mejorar su condición social, la afirmación de que, existirán sólo, por y para sus hijos. Sólo para algunas el embarazo aparece bajo una luz optimista: las que han establecido con el padre del niño una relación afectiva, auténtica y adulta, y están llenas de esperanza; las que ha vivido en unas condiciones materiales y morales de tal índole que la llegada del hijo se presenta como una oportunidad a la que hay que acogerse, un punto de partida, una meta para su vida, la ocasión de poder llegar a querer a un ser humano y de sentirse amada por él, de huir a la soledad (Deschamps, 1979).

Generalmente, cuando la chica se da cuenta de su embarazo no deseado, se le presentan 2 soluciones: conservarlo y llevar el embarazo a término, o recurrir a la interrupción del mismo. Hay mujeres que se resisten a la idea de una interrupción del embarazo, incluyendo aquellas que ya tienen la experiencia del aborto, pues no alardean de una actitud liberadora y no lo aconsejarían a otras personas, en su

mayoría porque conservan un sentimiento de culpabilidad. Regularmente, quienes interrumpen su embarazo, se enfrentan a la fuerte sanción moral y social, mientras que si cumple su deber ser "mujer- madre" reciben la gratificación moral y social por cumplir con su papel histórico, aún cuando vean que no es capaz de hacerlo satisfactoriamente (Infanzón, 2004).

Las parejas o jóvenes que no llevan a término el embarazo y deciden abortar, regularmente lo hacen por diversos factores que tienen que ver tanto con aspectos sociales como el temor a hablar del embarazo a sus padres, médico y maestros porque podrían rechazarlos, el percibirse incapaces de establecer y cumplir un proyecto personal con un niño y una pareja, cuando el embarazo fue producto de una violación o incesto, cuando no se tiene una relación estable o cuando hay mal formaciones en el feto (CRL Publicacions. [www.crlp.org/pub spanish.html/](http://www.crlp.org/pub_spanish.html/), 2005); cómo con aspectos económicos al no disponer de los recursos para los gastos generados antes, durante el embarazo y después del parto, al no disponer de un trabajo estable o por ser estudiantes; y con psicológicos, cómo: no comprender en forma inmediata los cambios que se efectúan en su cuerpo, y el desconocimiento de las consecuencias que regularmente trae consigo realizar un aborto cómo: sentimientos de culpabilidad, síndrome pos-aborto, pues la mujer pone en conflicto sus valores sociales, culturales y religiosos relacionados a la maternidad posibles complicaciones fisiológicas para embarazarse en un futuro (Infanzón, 2004).

En definitiva, una adolescente o joven encinta está, psicológica y socialmente sola para asumir su maternidad y muchas veces se remedia obligatoriamente con una boda apresurada (para su edad). A menudo, esa unión es frágil, pues une dos miserias, dos soledades, dos situaciones, una a dos jóvenes que nunca habían imaginado formar un hogar y vivir conjuntamente su vida y entre quienes muchas veces no hay amor verdadero; tales casamientos suelen terminar en divorcios o en relaciones destructivas. La joven pareja, con un hijo o en espera de tenerlo, está en una situación social difícil como lo está la adolescente soltera. Por ello, es pertinente que los adolescentes reflexionen a cerca éstas situaciones y cambien o controlen sus conductas sexuales de riesgo, que pueden traer como consecuencias un embarazo no deseado y planificado, o de un aborto tanto inducido, como accidental.

PROPÓSITO GENERAL DE LA SESIÓN: Los participantes reflexionarán sobre la pertinencia de un embarazo a su edad por sus implicaciones fisiológicas, psicológicas y sociales, así como de las consecuencias de tomar la decisión de abortar.

Objetivos específicos:

- Discutir sobre la accesibilidad de los métodos anticonceptivos y de prevención de ITS
- Explorar el plan de vida tienen los jóvenes participantes
- Propiciar la reflexión acerca de la pertinencia de un embarazo a ésta edad y la necesidad de elegir oportunamente un método anticonceptivo.
- Proporcionar información sobre el embarazo y el aborto respecto de las implicaciones físicas, sociales y psicológicas para la joven adolescente.
- Evaluar los conocimientos de los participantes en cuanto al tema

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES: Responder a las preguntas planteadas por escrito y verbalmente, realizar las diferentes dinámicas, opinar sobre los tópicos revisados, expresar dudas.

FORMA DE EVALUACIÓN: Con su participación verbal, por escrito.

MATERIALES: pizarrón, gis, hojas blancas tamaño oficio, 20 o 30 plumones o crayolas de colores, Bola de estambre, Proyector, Diurex, trípticos, 1 Buzón.

DURACIÓN: 120 min.

ACTIVIDADES:

1.- **Bienvenida.** Se dará la bienvenida a los asistentes y enseguida se les informará que la finalidad de la sesión es hacer una reflexión en cuanto a la pertinencia de un embarazo y/o de un aborto a su edad.

Tiempo aprox. de la actividad: 1 min.

2.- **Ejercicio "Lo que pasó en mi visita al doctor".** El coordinador solicitará a 4 o 5 de los participantes que hable brevemente de lo que pasó cuando fueron al doctor y a la farmacia, enfatizando en las actitudes de las personas cuando supieron la razón por la que iban, en la cantidad y calidad de información.

Por último, recalcará que: *"Aún cuando el personal de salud y demás personas alrededor tengan poca disponibilidad en cuanto a su actitud por proporcionarles información, ellos deberán pedirla, puesto que su salud y bienestar está primero que nada, pues para eso están y en dado caso están pagando ese servicio, así mismo enfatizará que «es tarea de uno mismo abrir las puertas y dejar a tras los miedos, para ejercer sanamente con responsabilidad nuestra sexualidad»".*

Tiempo aprox. de la actividad: 15 min.

3. -El proyecto de vida. El coordinador entregará hojas blancas tamaño oficio y 1 o 2 plumones o crayolas a los participantes, indicándoles que elaboren en la hoja su proyecto de vida, guiándose en los siguientes apartados, que escribirán en el pizarrón.

Presente	Dentro de 3 años	Dentro de 6 años	Dentro de 20 años Yo:
Me encuentro en (lugares y situaciones)	Me gustaría N Estar en...	Pienso ☞ Estar en...	❖ Estaré en...
<input type="checkbox"/> Estoy haciendo actividades como (estudiar, trabajar)...	N Haciendo...	☞ Haciendo ...	❖ Haciendo...
<input type="checkbox"/> A diferencia de hace cinco años, yo he logrado...	N Espero Haber logrado...	☞ Habré logrado...	❖ Habré logrado...
<input type="checkbox"/> Estoy con (tales personas)...	N Espero tener ...	☞ Tendré...	❖ Tendré...
<input type="checkbox"/> Para conseguir esto, tuve que...	N Y para todo eso tendré que...	☞ Y para todo eso tendré que...	❖ Y para todo eso tendré que...

Tiempo aprox. para la actividad: 15min.

👁 Cuando todos los participantes hayan concluido su actividad, el facilitador les pedirá que pasen al frente a explicarlos. Posteriormente, el coordinador a manera de resumen hablará acerca de los diferentes planes que refirieron los participantes, de la manera en que piensan conseguirlos.

Tiempo total de la dinámica: 14 min.

4.- Ejercicio "¿Qué pasaría con mis planes?". El coordinador pedirá que a partir de lo que acaben de plasmar en las hojas, piensen y discutan en equipos de 4 personas lo que pasaría con sus planes si pasaran las siguientes situaciones (escritas en el pizarrón):




C	<p>¿Si a esta edad o en el transcurso de 5 años quedara embarazada o quedara embarazada mi pareja...</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Qué pasaría con mis planes, con los de ella (él)? ➤ ¿Podría brindar a mi pareja y a mí la suficiente seguridad económica, sentimental? ➤ ¿Podría brindarle a un hijo la seguridad anterior, o al menos darle lo que a mí me han brindado? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">SI</td> <td style="width: 33%;">NO</td> <td style="width: 33%;">Porqué</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Estaría de acuerdo en que abortara mi pareja? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">SI</td> <td style="width: 33%;">NO</td> <td style="width: 33%;">Porqué</td> </tr> </table>	SI	NO	Porqué	SI	NO	Porqué	C
SI	NO	Porqué						
SI	NO	Porqué						

Tiempo aprox. de la actividad: 10 min.

A continuación, el coordinador pedirá que un integrante del equipo resuma lo discutido. Enseguida se les dirá que desde el momento en el cual comienzan a tener relaciones, sea con su pareja, un amigo o desconocido o por abuso sexual es importante que tengan una postura o decisión para enfrentar en caso de que llegará a sucederles un embarazo o alguien les pidiera su opinión; pues sus proyectos en cuanto a preparación profesional y/o en pareja, en familia, trabajo, economía, se verán afectados.


Tiempo aprox. de la actividad: 10 min.

5.- Representación de teatro. El facilitador pedirá que formen 3 equipos, para que se organicen para representar uno de los casos que él les indique. Solicitará que traten de ubicarse en casos reales que conozcan o que se basen imaginando cómo sería el estar en ese lugar o papel. Los casos son:

 <p>1. Una pareja de jóvenes De su edad de nivel socioeconómico medio-bajo, van a recoger unos análisis que confirman el embarazo. Pero ustedes no desean tener un hijo ahorita, por lo que acuden con... (amigos, médico, libros: ustedes eligen)</p>	<p>2. Una pareja de jóvenes de su edad de nivel socioeconómico medio-bajo que planean tener relaciones y ponen en práctica lo revisado en el taller especialmente respecto a métodos de anticoncepción, empezando por ir juntos con el médico para que les oriente, mostrarse interesado por lo que quiere su pareja.</p>	 <p>3. Una pareja que ya tiene un hijo de cinco años de un nivel socioeconómico medio-bajo. Y en conjunto analizan las condiciones en las que viven como familia respecto a: economía (media baja), vivienda (renta), de trabajo (obreros), de escolaridad (secundaria y/o preparatoria) y discuten sobre el cómo pudieron haber solucionado las cosas cuando tuvieron relaciones, cuando llegó el bebé y de cómo podrán solucionar los problemas que tienen y que vienen.</p> 
--	---	---

Mientras tanto, el coordinador asesorará a los equipos que lo requieran.

Tiempo aprox. para la actividad: 5 min.

 A continuación, el coordinador indicará que cada equipo pase al frente y representen su caso, dándoles 5 min. a cada uno. Cuando terminen, se pedirá que los demás estén atentos en cuanto a las diferencias de las situaciones y en cómo se van dando las cosas, para que después participen comentándolo sugiriendo otras soluciones a las planteadas por los equipos.

Tiempo total de la dinámica: 15 min.

6.- Exposición del tema y repartición de tríptico. El facilitador entregará el tríptico correspondiente a *embarazo y aborto* (Ver anexo-trípticos), explicándoles que por medio de éste irá mencionando las diferentes implicaciones psicológicas y sociales del embarazo en una joven adolescente y del aborto, así mismo pedirá que participen tomando en cuenta no sólo lo del tríptico, sino también lo que leyeron en los artículos de tarea, especialmente de los métodos por lo cuales se lleva a cabo el aborto, propiciando que reflexionen respecto de los riesgos.

Nota: el facilitador podrá apoyar la exposición con 2 collage; que en uno contenga imágenes del embarazo y en el otro, imágenes sobre el aborto.

Tiempo aprox. de la actividad: 15 min.

7.- Cierre y conclusiones. El coordinador proporcionará a cada joven una copia de la hoja "¿Embarazados?" (Ver Anexo- evaluaciones 21), para que cuando terminen se lo devuelvan.

Por último, el facilitador recordará que lo abordado en ésta sesión está contenido en su manual, por lo cual los invitará a revisarlo y volverlo a leer por si tienen alguna duda. Así mismo, agradecerá a los participantes el interesarse en temas tan importantes dentro de su vida y hará la cita para la siguiente sesión.

Tiempo aprox. de la actividad: 15 min.

Bibliografía Básica:

- *Aborto en México* (Aborto en, n. f.). Obtenido el 22 de Junio del 2005, desde: http://apuntes.rincondelvalo.com/aborto_en_méxico.html
- Bruyn, M., (2002). Intersección de riesgos a la salud: el embarazo no deseado, el aborto en condiciones de riesgo, y el SIDA entre los adolescentes. *Ipas: El involucramiento de los hombres jóvenes en la salud sexual y reproductiva: Hacia Una Agenda Binacional de Investigación, Acción y Política Pública*. Obtenido, el 28 de enero del 2005, desde <http://www.ipas.org/publications/es/AAAPGS99.es.pdf>
- Cáceres, J. y Escudero, V. (1994). *Relaciones de pareja en jóvenes y embarazos no deseados*. Madrid: Pirámide.
- Center for Reproductive Rights, (1999). *El aborto como un problema de salud pública*. Obtenido el 17 de Junio del 2005, desde http://www.crlp.org/esp_pub_fac_saludpub.html
- *Consecuencias Físicas del aborto* (Consecuencias físicas, 1997). Obtenido el 28 de Junio del 2005, desde: http://www.nacimientovivo.org/BIENVENIDO/_NO_AL_ABORTO/Consecuencias/consecuencias.html
-
- De la Cruz, C. (2002). *Situaciones embarazosas: claves para situarse y prevenir embarazos no deseados*. Obtenido el 23 de Noviembre del 2004, desde <http://cje.org/publicaciones.nsf/ef2e05c02233e9fdc125692b00>
- Deschamps, P. (1979). *Embarazo y maternidad en la adolescencia*. Barcelona: Heder.
- Ehrenfeld, N. (1994). Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. *Salud Pública de México*, 36 (2).
- Ferrer, C. y Bennett, V. (2004). *Síndrome del Post-aborto (SPA)*. *Psicología Científica*. com. Obtenido el 29 de Junio del 2005, desde <http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/arschnake01.htm>
- Gutiérrez, M., Martín, M., García-Ramos, E., Capote, L., Rodríguez-Franco, J., De Armas, C., Marín, F., Núñez, D., Pitti, C., Morales, R., Bello, A. y Tabares, A. (1993). *Embarazos no deseados*. Obtenido el 28 de Junio del 2005, desde En: http://www.juventudcanaria.com/JUVENTUD%20DEFINITIVO/SEXUALIDAD%5Cembarazos_no_deseados.htm

- Infanzón, M. (2004). *La mujer y los efectos sociales y psicológicos del aborto*. Obtenido el 16 de Noviembre del 2004, desde <http://www.bibliojuridica.org/libros/1/404/21.pdf>
- Mc Cary, L., Mc Cary, P., Alvarez- Gayou J., Del Río C. y Suárez, L. (1983). *Sexualidad Humana*. México: El Manual Moderno.
- Núñez, R., Hernández, B., García, C., González, D. y Walker, D. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública de México*, 45 (1), 192 - 102 .
- *Principales secuelas físicas del aborto* (Principales secuelas, n. f.). Obtenido el 29 de Junio del 2005, desde: <http://www.notivida.com.ar/Articulos/Aborto/Secuelas%20fisicas%20del%20aborto.html>
- Population Reports, (1995). Riesgos para la Salud del embarazo precoz. *Population Reports*, XXIII (3). Obtenido en http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sj41/sj41chap2_3.shtml
- Villaseñor, M. y Alfaro, N. (1992). Factores socioculturales que intervienen en la determinación del deseo o no deseo del embarazo en adolescentes. En: Lartigue, T. y Avila, H. *Sexualidad Reproducción humana en México*. México.

Bibliografía complementaria:

- Fallas, H. y Ververde, O. (2000). *Sexualidad y salud sexual y Reproducción en la Adolescencia: modulo de capacitación para personas de la Salud*. Obtenido el 15 de Abril del 2005, desde <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/reproductiva/htm>
- Judd, S., Brindis, C., Rodríguez, K., Stern, C., Reartes, D., Del Castillo, E. y Billings, D. (2004). México: Perfil de la salud sexual y Resproductiva de los jóvenes mexicanos. *El involucramiento de los hombres jóvenes en la salud sexual y reproductiva: Hacia una agenda binacional de investigación, acción y política pública* (Capítulo 1). Obtenido desde http://ipas.org/publications/es/AAAPG_S99_es.pdf
- López, F., Carpintero, E., Fuentes, A., Hernández, A., Marcos, C., Martínez, L. y Soriano, S. (1995). *Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes: Reelaboración de cómo plantear mi vida*. Madrid: Siglo XXI.
- Mc Cary, L., Mc Cary, P., Alvarez- Gayou J., Del Río C. y Suárez, L. (1996). *Sexualidad Humana*. México: El Manual Moderno.
- Moreno, P. y López, E. (2001). *Educación sexual: Guía para un desarrollo sano*. Madrid: Pirámide.
- Pick, S., Aguilar, A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, E., Pier, D., Acevedo, P. y Vargas, E. (1995). *Planteando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes*. México: Planeta.
- Pick, S. y Trujillo, E. (1995). *Yo adolescente: Respuestas claras a mis grandes dudas*. México: Planeta.
- Plannedhood, (2001). *Cómo se obtiene un aborto*. Obtenido el 6 de Abril del 2004, desde <http://www.plannedparenthood.org/espanol/comoaborto.html>
- Plannedhood, (2002). La anticoncepción de emergencia y el aborto. Obtenido el 6 de Abril del 2004, desde <http://www.encuentra.com/includes/documento.php?IdDoc=1491&IdSec=266>
- World Health Day, (1998). *La maternidad prematura*. Obtenido el 28 de Junio del 2005, desde En: <http://www.insp.mx/salvia/9828/sal98282.html>

Sesión 11.*INFECCIONES DE TRANSMISIÓN
SEXUAL (ITS)***INTRODUCCIÓN**

Las infecciones transmitidas sexualmente tienen una frecuencia inaceptablemente alta, fundamentalmente en gente joven que se encuentra en edad reproductiva de acuerdo con Judd, Brindis, Rodríguez, Stern, Reartes, Del Castillo y Billings (2004), la incidencia anual de candidiasis urogenital y tricomoniasis urogenital en la población adolescente y joven (15-24 años) alcanzó niveles superiores a los de la población total, al igual que las ITS clásicas (sífilis adquirida, herpes genital y gonorrea), así mismo, CONASIDA (2004) reportó 90, 043 casos de infectados de SIDA, de los cuales el 2.5% tienen 15 años y el 97.5% son mayores de 15 años (CONASIDA, 2004).

Generalmente, las personas sufren de infecciones debido entre otras cosas a que suelen iniciar a edad temprana (entre los 13 y 20 años) su actividad sexual, tener varias parejas e incluso tener relaciones coitales ocasionales y en ocasiones bajo el influjo de alguna droga (Rasmussen, Hidalgo y Alfaro, 2001; Cervera, Campos y Cano, 2001), todo ello sin tomar las precauciones necesarias para prevenir el contagio de alguna de las ITS, incluyendo el VIH. Y aún cuando ya padecen o han padecido alguna ITS, tampoco se protegen, siendo que podrían contagiar a su pareja de esa infección y de que el hecho de padecer una ITS los hace más propensos para adquirir el VIH (Pick, Givaudan y Saldivar, 1996; Martínez, Becerra y Hernández, 1996).

El no protegerse contra las ITS tiene que ver con diversos factores entre los cuales se encuentran: la subestimación de riesgo, las pocas habilidades para negociar con la pareja sobre el método y uso consistente para protegerse, el precio y accesibilidad para obtener el método, problemas de desconfianza en la pareja, falta de decisión, actitud de rechazo por la sociedad (OPS, 2005). Además de que los conocimientos del adolescente sobre estas enfermedades son confusos, por lo cual es necesario crear conciencia de que cualquier persona está expuesta a contraer este tipo de padecimientos y que lo más importante es la aplicación de medidas higiénicas para prevenirlas y de esta manera mantener una mejor salud física y mental que permita disfrutar más su vida y su sexualidad (Monroy, 2002).

Es por ello que los jóvenes son motivo de atención para el profesional de la salud; sobre todo porque gran parte de este grupo carece de información y de habilidades asertivas que de alguna manera le impiden tomar la decisión de buscar información y asesoría para utilizar un método de prevención adecuado a su organismo y ritmo de vida (Döring, 2000; Gayet, Juárez y Pedrosa y Magis, 2003).

PROPÓSITO GENERAL DE LA SESIÓN: Los jóvenes distinguirán las infecciones de transmisión sexual que se presentan con mayor frecuencia en la población adolescente y por consiguiente reflexionarán la importancia de su prevención.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar a los participantes en cuanto a la posibilidad de contraer cualquier infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA y proponer de qué manera pueden prevenirlas.
- Propiciar que los jóvenes manejen información confiable sobre las diferentes ITS y del VIH/SIDA
- Realizar la práctica de habilidades sociales tomando como tema las ITS.
- Evaluar los conocimientos y percepción de riesgo de los participantes en cuanto a las ITS.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES: Responder a las preguntas planteadas por el coordinador, exponer sus dudas, realizar las actividades sugeridas.

FORMA DE EVALUACIÓN: Con los cuestionarios de evaluación y con la participación verbal

MATERIALES: tarjetas 10 x 5 cm, círculos de color rojo, morado y verde, proyector de diapositivas, fichas, trípticos, copias.

DURACIÓN: 120 min.


ACTIVIDADES:

1. - Bienvenida. Dar la bienvenida a los participantes, agradecer y felicitar su interés por los temas abordados y mencionar el objetivo general de ésta sesión.

Tiempo aprox. de la actividad: 2 min.

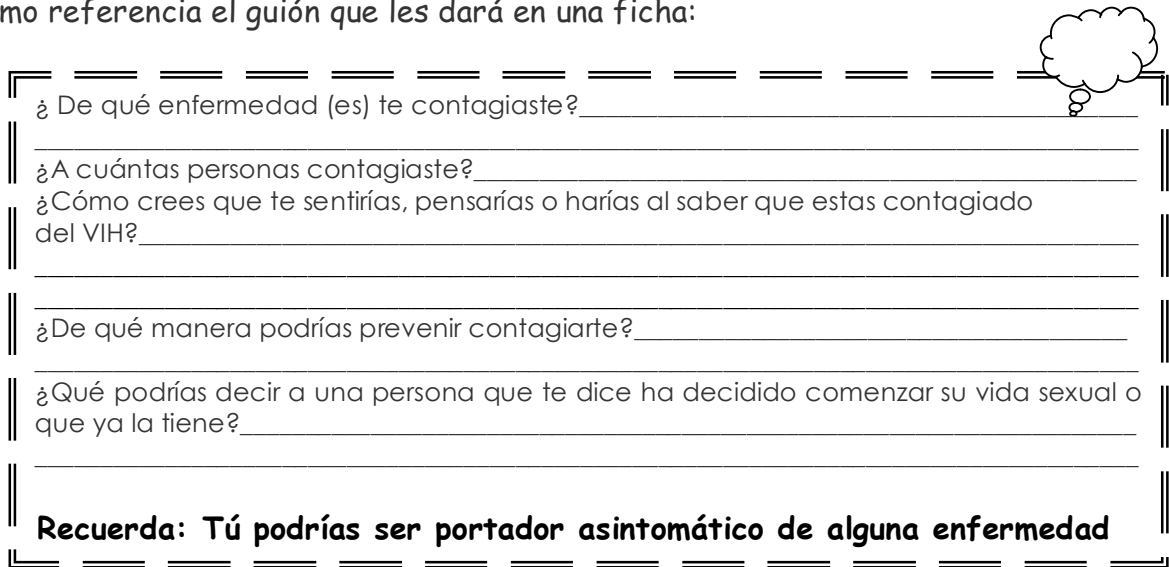
2. - Dinámica "Cacería de firmas". El coordinador proporcionará a cada integrante de taller una tarjeta en blanco, de las cuales una estará marcada por un punto de color verde, uno de rojo y otra de morado; e indicará a todos que...



1er. Paso	2do. Paso	3er. Paso	4to. Paso	5to. Paso
<p>Pidan una firma a dos personas del sexo opuesto. La primera persona colocará 1 cerca de su firma y la segunda persona un 2.</p>  <p>(3 min.)</p>	<p>Observen si sus tarjetas están marcadas con un punto de color rojo, verde o morado y que pasen al frente.</p> <p>(2 min.)</p>	<p>Ésta dinámica simula las posibles relaciones sexuales desprotegidas que cualquier persona ha cometido o puede cometer, pues los compañeros de tarjetas marcadas simulan las personas infectadas por alguna ITS y que nadie sabe a menos que se realicen los estudios correspondientes:</p> <p>El color Verde indica que la persona está infectada de Tricomonas. El Rojo de SIDA y el Morado de Papiloma humano</p> <p>(3 min.)</p>	<p>Levanten la mano aquellos que tuvieron contacto con las personas que pasaron al frente ya sea porque ustedes le firmaron o por que ella les firmó.</p> <p>(2 min.)</p>	<p>Si alguno de los que están al frente les firmó, entonces puede ser que estén contagiados por esa (s) enfermedades. Ahora pasen al frente y colóquense un círculo de los que están en la mesa y vayan con aquellos a quienes ustedes les firmaron para informarles que probablemente los hayan contagiado y les colocan un punto de color de acuerdo a la infección contagiada.</p> <p>(5 min.)</p>

Tiempo aprox. para la actividad: 15 min.

Al finalizar se colocaran en círculo para participar acerca de la actividad tomando como referencia el guión que les dará en una ficha:



¿ De qué enfermedad (es) te contagiaste? _____

¿A cuántas personas contagiaste? _____

¿Cómo crees que te sentirías, pensarías o harías al saber que estas contagiado del VIH? _____

¿De qué manera podrías prevenir contagiarte? _____

¿Qué podrías decir a una persona que te dice ha decidido comenzar su vida sexual o que ya la tiene? _____

Recuerda: Tú podrías ser portador asintomático de alguna enfermedad

Cierre de la dinámica: El facilitador resaltará que; " *En este ejercicio se pudo evidenciar por medio del punto quienes estaban infectados , sin embargo, en la vida real se deben tener las precauciones necesarias cuanto tengamos relaciones sexuales sea con la pareja estable, con el amigo o con el desconocido, ya que no podemos saber con la mirada si una persona tiene alguna ITS, pues como se verá a continuación muchas personas no presentan síntomas y todos podemos ser portadores de alguna ITS, incluyendo el VIH/SIDA "*

Tiempo aprox. de la actividad: 13 min.

3. -Exposición "Todos aportamos al tema". El coordinador solicitará que formen 5 equipos y pasen al frente para sacar de la bolsa que él llevará, dos papeles, los cuales les indicarán los temas que con base en el manual revisarán y explicarán a los demás.

Tiempo aprox. para la actividad: 10 min.

El coordinador pedirá que cada equipo pase al frente y exponga de acuerdo con el siguiente orden de temas a explicarles a sus compañeros de manera breve: las formas de contagio, los síntomas, las características de las infecciones

correspondientes; de igual manera, invitará a los participantes a plantear sus dudas y/u opiniones al respecto.

Nota: El orden puede ser el siguiente: sífilis, gonorrea, clamidia trachomatis, herpes genital, vaginosis, condilomatosis genital, hepatitis viral tipo B, virus de papiloma humano y SIDA. Para ello todos dispondrán de 10 min. para abordar cada infección.

👁 Mientras tanto, el coordinador apoyará las exposiciones por medio de diapositivas o de fichas con las imágenes sobre personas infectadas de las respectivas enfermedades a abordar, así mismo, contestará las posibles dudas que los jóvenes expresen.

Tiempo para la dinámica: 50 min.

4.- Práctica de habilidades sociales con relación al tema. El facilitador invitará a dos parejas de jóvenes a practicar sus habilidades, proponiéndoles las siguientes situaciones:

- Quieres negociar con tu pareja el uso del condón en su iniciación sexual y uso durante todas sus relaciones.
- Quieres negociar el uso de condón con tu pareja, después de haber tenido varias relaciones desprotegidas con él
- Solicita a tu pareja un examen de VIH/ SIDA.

Tiempo aprox. para la demostración: 10 min. de los cuales son 5 para cada pareja

Retroalimentación. Al terminar las dos demostraciones, el coordinador solicitará que los demás hagan la retroalimentación pertinente, siguiendo el mismo esquema que se ha realizado en ésta dinámica.

Tiempo aprox. para la retroalimentación: 5 min.

5.- Cierre de la sesión. El facilitador hará la entrega de los trípticos de la sesión de enfermedades de Transmisión Sexual, para examinarlos conjuntamente (Ir a Anexos- trípticos), enfatizando que: *"Dado que son varias las ITS y que los síntomas y consecuencias son diversas, en el tríptico sólo se mencionan algunas, para ello, pueden volver a revisar su manual, aquí se les sugieren algunos materiales para mayor información, entre otras cosas"*.

Finalmente pedirá que contesten lo que se solicita en la hoja que les proporcionará (Ver Anexo- evaluación no. 22 "¡¿sí o no?").

Tiempo aprox. de la actividad: 15 min.

Bibliografía Básica:

- Calderón- Jaimes, E., (1999). Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 41 (4), 334 - 343.
- Cervera, J., Campos, E. y Cano, J. (2001). Enfermedades de Transmisión Sexual y Adolescencia: Generalidades y prevención. En *Manual de Salud reproductiva en la Adolescencia: Aspectos básicos y Clínicos* (Capítulo 15). Obtenido desde [http://www.iespana.es/revista_arbil\(76\)sida.htm/buenaprevenciónSIDA](http://www.iespana.es/revista_arbil(76)sida.htm/buenaprevenciónSIDA)
- Cuida tu salud (2005). *Infecciones de Transmisión Sexual*. Obtenido el 13 de Junio del 2005, desde <http://www.cubava.cu/cuida/its.html>
- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L. y Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45 (5), 632- 640.
- Hojas informativas (1999). *VIH y SIDA: La detección del VIH*. Obtenido el 6 de Junio del 2005, desde <http://interactua.net/fpardo/vih5.pdf>
- Martínez, C., Becerra, P. y Hernández, G. (1996). *Adolescencia, Sexualidad y Sida: Taller Dinámico Vivencial enfocado al cambio de actitudes*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores, Iztacala: México.
- Organización Panamericana de Salud (OPS, 2004). *Infecciones de transmisión sexual ITS, VIH SIDA*. Obtenido el 20 de abril del 2005, desde <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161710>
- Monroy, A. (2002). *Salud y Sexualidad en la adolescencia y juventud*. México: Pax México.
- Rasmussen, B., Hidalgo, A. y Alfaro, N. (2003). Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. *Salud Pública de México*, 45, (1) 81 - 91.

Bibliografía Complementaria:

- Centro de estudios de población (CENEP, 2000). *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en Salud sexual y reproductiva*. Obtenido el 30 de Junio del 2005, desde <http://www.adolesc.org/pdf/normasweb.pdf>
- CONASIDA, (2004). *El Sida en México*. Obtenido el 30 de Noviembre del 2004, desde <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2004/cassida.htm>
- Grupo de Información de Reproducción Elegida, A.C. (2004). *Hoja informativa los derechos reproductivos en la legislación y en las políticas públicas de México*. Obtenido el 2 de Junio del 2005, desde <http://www.gire.org.mx>
- Insúa, P. (1999). *Programa de Formación de formadores para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. En Manual de Educación Sanitaria: Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas*. Obtenido el 14 de Septiembre del 2004, desde <http://mir.es/pnd/publica/pdf/maedsan.pdf>

- Judd, S., Brindis, C., Rodríguez, K., Stern, C., Reartes, D., Del Castillo, E. y Billings, D. (2004). México: Perfil de la salud sexual y Reproductiva de los jóvenes mexicanos. *El involucramiento de los hombres jóvenes en la salud sexual y reproductiva: Hacia una agenda binacional de investigación, acción y política pública* (Capítulo 1). Obtenido desde http://ipas.org/publications/es/AAAPG_S 99_es.pdf
- Llordachs, C. (2002). *¿Qué significa el Sida?*. Obtenido el 18 de abril del 2005, desde http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/temas_de_salud/doc/infecciosas/doc/doc_fases_infeccion_vih1.htm#1
- Martínez, F., González, E. y Díaz, J. (2002). *Formación Cívica y Ética 3*. México: Fernández editores.
- Pick, S., Givaudan, M. y Saldivar, G. (1996). La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes. *Perinatol Reprod Hum.*, 10, (2).
- Pick, S., Aguilar, A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, E., Pier, D., Acevedo, P. y Vargas, E. (1995). *Planteando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes*. México: Planeta.
- *Prácticas sexuales riesgosas* (Prácticas sexuales, n. f.). Obtenido el 27 de Mayo del 2005, desde <http://www.teleantioquia.com.co/Programas/Masque Piel/Temas/2005-PracticasSexualesRiesgosas.pdf>
- Sexo con seso (n.f.). *Enfermedades de transmisión sexual (Folleto)*. Obtenido el 25 de Mayo del 2005, desde <http://www.sexocoseso.com.mx>
- Unidad de Investigación epidemiológica y en servicios de Salud al adolescentes (UIESSA, 2004). Manual de autocuidado de la salud de adolescentes. Obtenido el 25 de Mayo del 2005, desde <http://148.202.92.157/uiessa/manual/index.htm>
- Venegas, J. (2000). *Estrategias metodológicas para talleres de Sexualidad*. Bogotá: El Manual Moderno.

Sesión 12.*HOMOSEXUALIDAD***INTRODUCCIÓN**

La homosexualidad ha sido en muchas sociedades considerada, según los tiempos como; un pecado, delito o enfermedad, en ese sentido se ha marginado este tipo de orientación sexual. Se puede comprender este fenómeno dentro de la historia de la moral sexual y cultural, pero no se puede olvidar lo terrible de la represión que se ha ejercido sobre la homosexualidad (Ruse, 1993).

La homosexualidad, al igual que la heterosexualidad o la bisexualidad, es una orientación del deseo sexual, es una manera de referirse a la dirección de las atracciones y deseos sexuales de una persona hacia personas de su mismo sexo. Por otro lado, un individuo que siente una inclinación constante hacia el sexo opuesto se dice que tiene una orientación heterosexual. Una persona que presenta una afinidad tanto a mujeres como a hombres se dice que tiene una orientación bisexual (Soriano, 1999).

Es importante aclarar que no es correcto definir la homosexualidad, ni la heterosexualidad, en función de las conductas sexuales únicamente, se deben incluir las fantasías, la atracción y la vinculación emocional, ya que muchos jóvenes nunca han tenido relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo y sin embargo saben y se reconocen como homosexuales e inclusive puede un chico saber que es homosexual y mantener relaciones con chicas (Masters, 1980). Por lo tanto, una orientación homosexual hace referencia a la atracción sexual y emocional hacia personas del mismo sexo y lleva implícita el deseo sexual, las fantasías eróticas, la vinculación emocional y las conductas sexualidad deseadas con personas del mismo sexo (Ardila, 1998).

PROPÓSITO GENERAL DE LA SESIÓN: Los participantes conocerán qué es e implica tener una orientación sexual homosexual y reflexionarán acerca del respeto hacia las personas homosexuales y las implicaciones sociales de esta.

Objetivos específicos:

- Explorar los conocimientos y actitudes de los participantes respecto de las personas con una orientación homosexual

- Proporcionar información verídica sobre este tipo de orientación sexual
- Propiciar la reflexión de la conveniencia y cambio de ideas y actitudes hacia las personas con una Orientación homosexual
- Practicar las habilidades sociales utilizando como punto de partida la homosexualidad.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES: Responder a las preguntas planteadas por el coordinador, opinando sobre los tópicos revisados, exponer sus dudas.

FORMA DE EVALUACIÓN: con las preguntas expresadas verbalmente o por escrito y con el desempeño al practicar y retroalimentar a sus compañeros sobre la toma de decisiones y la comunicación asertiva.

MATERIALES: Hojas de papel, proyector, trípticos, pizarrón, lápices.

DURACIÓN: 120 min.

ACTIVIDADES:

1.- **Presentación.** Se saludará a los participantes, se pedirá respeto hacia las participaciones de los compañeros y se resolverán posibles dudas.

Tiempo aprox. para la bienvenida: 3 min.

2.- **Ejercicio "Mi percepción de algunas de las orientaciones sexuales".** El coordinador repartirá a cada integrante del taller la siguiente ficha; solicitándoles que escriban qué concepto tienen o cómo se definen los términos que allí aparecen.

PREFERENCIAS SEXUALES	
❖ Heterosexualidad	_____

❖ Homosexualidad	_____

❖ Bisexualidad	_____

Tiempo aprox. para la actividad: 18 min.

El coordinador recogerá tales fichas y leerá 4 ó 5 de ellas frente al grupo y les pedirá que algunos otros participen diciendo su opinión acerca de las personas

homosexuales (hombres y mujeres) o de lo que él leyó o si en alguna ocasión han tenido contacto con estas personas, como ha sido su trato hacia ellas, y de no haber vivido esta situación, cómo creen que sería. Del mismo modo, el coordinador dará su opinión y experiencia al final de las participaciones y les solicitará que contesten el anexo-evaluaciones no. 23: *"Mis posibles reacciones ante los homosexuales"*, para que al terminarlo, se lo devuelvan.

Tiempo aprox. para la actividad: 25 min.

Cierre de la actividad. El facilitador leerá ante el grupo algunas (al azar) de las respuestas que los jóvenes plasmaron en sus cuestionarios y les explicará que: *"Tales actividades tienen la finalidad de conocer lo que ellos saben, cómo conciben a las personas con una alternativa sexual diferente a la mayoría, para que se contraste con la información que después de la siguiente actividad se proporcionará y para que reflexionen sobre las reacciones que hasta ahora han tenido respecto de esas personas"*.

Tiempo aprox. para la actividad: 30 min.

4.- Exposición. Se realizará una exposición breve acerca de la definición de homosexualidad, heterosexualidad y bisexualidad contrastando con las respuestas que los participantes dieron anteriormente. Dentro de la exposición se abordará proceso de identificación hacia la homosexualidad incluyendo las razones por las cuales los homosexuales y lesbianas manifiestan o no sus preferencias en la sociedad.

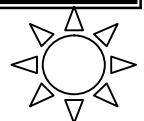
Nota: La exposición se apoyará en la proyección de imágenes representativas de cada alternativa.

Después, el facilitador deberá regalar a cada joven una ficha que contenga lo siguiente



Ahora piensa: ¿Cómo te sentirías si tú fueras quien sólo por tener una preferencia sexual diferente a los demás éstos tuvieran las reacciones antes referidas hacia tí?

Tiempo aprox. para la exposición: 15 min.



5.- Práctica de las habilidades sociales respecto a alguna (s) de las alternativas sexuales

- Comunícale a tus padres que no quieres tener novia porque eres homosexual
- Negocia con tu pareja homosexual el uso del condón
- Un homosexual te dice que quiere contigo pero tú no eres homosexual

Retroalimentación. Al terminar las dos demostraciones, el coordinador solicitará que los demás hagan la retroalimentación pertinente, siguiendo el mismo esquema que se ha utilizado para esta dinámica de entrenamiento de habilidades sociales.

Tiempo aprox. de la actividad: 25 min.

6.- Cierre: El facilitador entregará los trípticos correspondientes al tema de la sesión (Ir a anexos-trípticos) a cada participante, pidiéndoles que cada uno lea alguno de los párrafos que aparecen en el tríptico y que exprese alguna duda o un comentario breve sobre el tema o lo revisado.

Tiempo aprox. para la actividad: 25 min.

Bibliografía Básica:

- Ardila, R. (1998). *Homosexualidad y Psicología*. México; El Manual Moderno.
- First, M., Frances, A., Pincus, H. (2002). *DSM-IV-TR manual de diagnóstico diferencial*. México: Masson.
- Monroy, A. (2002). *Salud y Sexualidad en la adolescencia y juventud*. México: Pax México.
- Masters, W. (1980). *Homosexualidad en Perspectiva*. Argentina; Intermédica.
- Ruse, M. (1991). *La Homosexualidad*. Madrid: Cátedra.
- Soriano, S. (1999). *Como se vive la homosexualidad y el lesbianismo*. Salamanca: AMARÚ.

Bibliografía complementaria:

- Fitzgibbons, R. (1997). *Los orígenes y curación de atracciones y comportamiento homosexuales*. *Digesto Familiar*, 7-13 pp. 223-224.
- Hechos acerca de la orientación sexual de los jóvenes (n.f.). *Orígenes de la homosexualidad*. Obtenido el 1 de enero del 2005, desde http://www.freetobeme.com/en_español
- Inteliviven.com-Venezuela, (2001). *Sexualidad*. Obtenido el 7 de Octubre de 2003, desde <http://inteliven.com/sexualidad/41.asp>
- López, P. (2003). *Mitos sexuales*. Obtenido el 7 de Octubre de 2003, desde <http://www.es.geocities.com/textoyarticulos/sxll.htm>

- *Prácticas sexuales riesgosas* (Prácticas sexuales, n. f.). Obtenido el 27 de Mayo del 2005, desde [http://www.teleantioquia.com.co/Programas/Masque Piel/Temas/2005-PracticSexualesRiesgosas.pdf](http://www.teleantioquia.com.co/Programas/Masque%20Piel/Temas/2005-PracticSexualesRiesgosas.pdf)

Sesión 13.

ALTERNATIVAS SEXUALES

INTRODUCCIÓN

La heterosexualidad es la expresión sexual de la cual derivan diversas variaciones; anteriormente esas expresiones de la conducta sexual eran encasilladas en conceptos peyorativos como aberraciones, perversiones, desviaciones. Actualmente no se utilizan ya que juzgan y devalúan a las personas que optan por tales conductas. Actualmente se utiliza el término parafilias o variantes o alternativas a algunas de ellas porque se considera que pudieran dañar al propio individuo y a otros (Monroy, 2002).

Las parafilias se entienden como las conductas sexuales eróticas que no son comprendidas por la mayoría de las personas; éstas son patológicas cuando el deseo es incontrolable, impulsivo y compulsivo de realizar el acto o de fantasearlo (Mc Cary, Mc Cary, Álvarez-Gayou Del Río y Suárez, 1983), así mismo, se consideran patológicas cuando la realización de tales prácticas afectan a terceros, razón por la cual, algunas de esas conductas son penadas por la ley; por ejemplo: La paidofilia, necrofilia, frouterismo, el exhibicionismo; algunas de las que no son penadas, mientras la pareja esté de acuerdo en su práctica, son: el fetichismo, urofilia, sexo oral, anal (Mc Cary y Mc Cary, 1980).

Cuando algunas de las alternativas sexuales se presentan como parte del juego amoroso o precede a la cópula pene-vagina, se llegan a considerar como una técnica de enriquecimiento sexual.

Las parafilias siempre han existido desde que se tiene historia, pero se han ido transformando debido a los cambios que hay en las sociedades, por ejemplo, cuando

apareció el teléfono y la computadora surgió una nueva, que es el realizar llamadas obscenas o el llamado sexo virtual, que se denominarían como escatología telefónica o virtual (Insúa, 1999).

PROPÓSITO GENERAL DE LA SESIÓN: Los participantes conocerán algunas de las diferentes alternativas sexuales y las razones por las cuales tales prácticas se pueden considerar patológicas o normales.

Objetivos específicos:

- Explorar los conocimientos y actitudes de los participantes respecto de las diferentes alternativas sexuales
- Proporcionar información sobre las diferentes alternativas sexuales
- Practicar las habilidades sociales tomando como tema alguna de las alternativas sexuales
- Evaluar los conocimientos de los participantes.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES: Responder a las preguntas planteadas por el coordinador, opinando sobre los tópicos revisados, exponer sus dudas.

FORMA DE EVALUACIÓN: con las preguntas expresadas verbalmente o por escrito y con el desempeño al practicar y retroalimentar a sus compañeros sobre la toma de decisiones y la comunicación asertiva.

MATERIALES:


DURACIÓN: 120 min.

ACTIVIDADES:

1.- Bienvenida. Se dará la bienvenida e informará de qué tratará el tema de esta sesión

Tiempo aprox. de la actividad: 2 min.

2.- Preguntas. El facilitador pedirá a los jóvenes que contesten lo que se les pide en la siguiente ficha que él les proporcionará y al terminar se la entreguen.

¿Qué sabes de las alternativas sexuales? _____ _____ Menciona algunas de ellas _____ _____ ¿Qué dudas tienes acerca de las alternativas sexuales? _____ _____	
---	---



Tiempo aprox. Para realizar la actividad: 8 min.

Al terminar, el coordinador pedirá que 4 personas lean algunas de las respuestas que se dieron en las fichas, para que después los demás den su opinión acerca de lo que se habla en esa hoja, aclarándoles que no es una crítica hacia la persona que lo haya escrito, sino una opinión dirigida al comentario escrito.

Las coordinadoras tomarán en cuenta, durante la exposición, la información que obtengan de estas preguntas

Tiempo aprox. de la actividad: 10 min.

3.- Exposición "Todos conocemos". El coordinador pedirá que cada uno o con ayuda de otro compañero revisen una o dos de las alternativas sexuales que se mencionan en el manual (el coordinador repartirá los temas), además de elegir una imagen de las que el coordinador pondrá en el centro del piso, para explicar o ejemplificar su tema.

Tiempo: 5 min.

Cada equipo pasará a exponer alguna de las alternativas sexuales, mientras tanto, el facilitador invitará a los demás participantes a que opinen sobre lo dicho y expongan sus dudas, las cuales serán contestadas por el equipo y/o por el coordinador. Por último, es muy importante que el coordinador especifique las razones por las cuales diferentes prácticas están penadas por la ley y cuáles debido a las condiciones de práctica pueden ser normales o patológicas y que debiesen ser atendidas por especialistas.

Tiempo aprox. para la exposición: 55 min.

4.- Evaluación "Mito o realidad": Se llevará a cabo un juego (botella), para lo cual, el coordinador pedirá a los participantes acomodarse de manera que formen un

círculo, colocará una botella en el centro y la girará, a la persona que la botella señale con la boca, le tocará sacar de esa botella un papel en el que estará escrita una afirmación, que puede ser un mito o una realidad que aborde las alternativas sexuales y la leerá en voz alta para que la persona a la que la botella señale con la parte de atrás responda si considera que es mito o realidad y diga porqué; en caso de que su respuesta no sea la correcta, la persona que leyó el papel deberá responder, y si ésta persona tampoco lo hace correctamente, se le pedirá a algún otro participante que responda. De cualquier manera se les pedirá su participación voluntaria a los demás, para dar su opinión.


Nota: las preguntas corresponden al anexo- evaluaciones no. 24 "Mito o realidad"

Tiempo aprox. de la actividad: 25 min.

5.- Entrega de trípticos. El coordinador proporcionará a cada joven un tríptico, invitándolos a que lo revisen. De igual forma les invitarán a que, si tienen algo que consideren importante agregar a la información que se manejó, lo hagan. Al terminar se les entregará el tríptico y se revisará en conjunto

5 min.

6.- Cierre de la sesión. El facilitador solicitará que para el cierre, al menos 4 voluntarios participen contestando las siguientes preguntas, así como de expresar sus dudas al respecto.

<p>¿Qué importancia tiene terminar con los mitos acerca de las alternativas sexuales (parafilias)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>¿Cómo me sentí al hablar acerca de este tema?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>¿Por qué sería importante revisar o no este tema? _____</p> <p>_____</p>	
<p>¿Tengo alguna otra duda sobre las alternativas sexuales?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	



Tiempo aprox. de la actividad: 10 min.

Bibliografía Básica:

- Monroy, A. (2002). *Salud y Sexualidad en la adolescencia y juventud*. México: Pax México.
- Mc Cary, L., Mc Cary, P., Alvarez- Gayou J., Del Río C. y Suárez, L., (1983). *Sexualidad Humana*. México: El Manual Moderno.
- First, M., Frances, A., Pincus, H. (2002). *DSM-IV-TR manual de diagnostico diferencial México: Masson*.
- *Prácticas sexuales riesgosas* (Prácticas sexuales, n. f.). Obtenido el 27 de Mayo del 2005, desde <http://www.teleantioquia.com.co/Programas/Masque Piel/Temas/2005-PracticSexualesRiesgosas.pdf>

Bibliografía Complementaria

- Insúa, P. (1999). Programa de Formación de formadores para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. En *Manual de Educación Sanitaria: Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas*. Obtenido el 14 de Septiembre del 2004, desde <http://mir.es/pnd/publica/pdf/maedsan.pdf>
- Mc Cary, L. y Mc Cary, P. (1983). *Sexualidad Humana*. México: El Manual Moderno.

Sesión 14.

*POST-EVALUACIÓN
DESPEJIDA*

OBJETIVO GENERAL: Post-evaluar a los adolescentes y cerrar el taller.

Objetivos específicos:

- Realizar la post-evaluación a los participantes
- Retroalimentación general de los participantes y del coordinador hacia los ellos
- Despedir y agradecer la participación a los integrantes del taller

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES: Responder a las preguntas por escrito, retroalimentar a sus compañeros, exponer sus dudas.

FORMA DE EVALUACIÓN: con las respuestas del cuestionario general.

MATERIALES: Copias de los anexos citados abajo, una bola de estambre, dildos y vaginas de unicef (opcionales), condones, fichas, regalos (opcional del coordinador) como paletas, separadores, chocolates.

DURACIÓN: 120 min.

ACTIVIDADES:

1.- Bienvenida. El coordinador dará la bienvenida a los jóvenes y resolverá las posibles dudas que los participantes refieran verbalmente o por escrito.

Tiempo aprox. para la actividad: 10 min.

2.- Post- evaluación. El facilitador proporcionará a cada participante el cuestionario general (Ver anexo- evaluaciones no. 1), solicitándoles que contesten lo que se pide y al terminarlo se lo devuelvan: explicándoles que: *"sus respuestas se utilizarán sólo con fines estadísticos, por lo cual, el puntaje que obtengan no tendrá repercusiones sobre sus calificaciones en las materias curriculares y ninguna otra persona tendrá acceso a sus cuestionarios, sólo por él"*.


Tiempo aprox. para la actividad: 25 min

3.- Retroalimentación. EL coordinador solicitará a los participantes a que se levanten y formen un círculo en el centro del salón, entonces tomará la bola estambre y sujetará la punta, para aventársela hacia alguno de los participantes, indicándole que: *"comente los cambios en la forma de relacionarse con sus padres, con su pareja, con sus amigos; ejemplificándolo con alguna situación, así cómo los cambios que hayan observado en sus ideas o percepciones erróneas ejemplificando"*.

Una vez que haya terminado, los invitará a que hagan el mismo procedimiento: sujetar el estambre y aventar la bola a otro compañero para que éste participe y así se forme en el centro una telaraña.

Cierre de la dinámica: cuando el estambre vuelva a las manos del coordinador para cerrar la telaraña, éste deberá hacer una retroalimentación general respecto de posibles cambios de los jóvenes participantes del taller; observados tanto en la convivencia, como en los cuestionarios y participaciones realizadas durante cada una de las sesiones, de igual manera deberá mencionar de qué forma le ha servido a él como profesional y como persona trabajar con el grupo.

Tiempo aprox. para la actividad: 30 min.

4.-  **Práctica del uso correcto del condón.** El coordinador solicitará a los participantes que se sienten de manera que formen un círculo y les proporcionará a la mitad del grupo un condón femenino (hombres y mujeres) y a la otra parte un condón masculino y pedirá que cada uno pase al frente a mostrar verbal y prácticamente cómo se coloca el condón, comenzando desde que se adquiere hasta que se desecha.

Retroalimentación. Posterior a la demostración de cada uno de los jóvenes, el coordinador solicitará que los demás hagan una retroalimentación respecto de la demostración observada.

Nota: para facilitar la práctica, el coordinador podría prestar a cada uno de los asistentes un dildo y una vagina educativo (unicel), para que ellos realicen el procedimiento pertinente, para así evitar pérdida de tiempo en que cada uno pase el frente, sino que en su lugar hagan la práctica.

Cierre de la dinámica: El facilitador les explicará que: "debido a la importancia de protegerse en cada relación sexual, para prevenir tanto embarazos no deseados, ITS, incluyendo el VIH/SIDA, es pertinente que ellos aprendan y practiquen la forma correcta de su uso, así como del cómo negociar su uso, y es por ello que durante las sesiones se buscaba que ellos desarrollaran tales habilidades y en ésta como es la última, lo vuelvan a hacer".

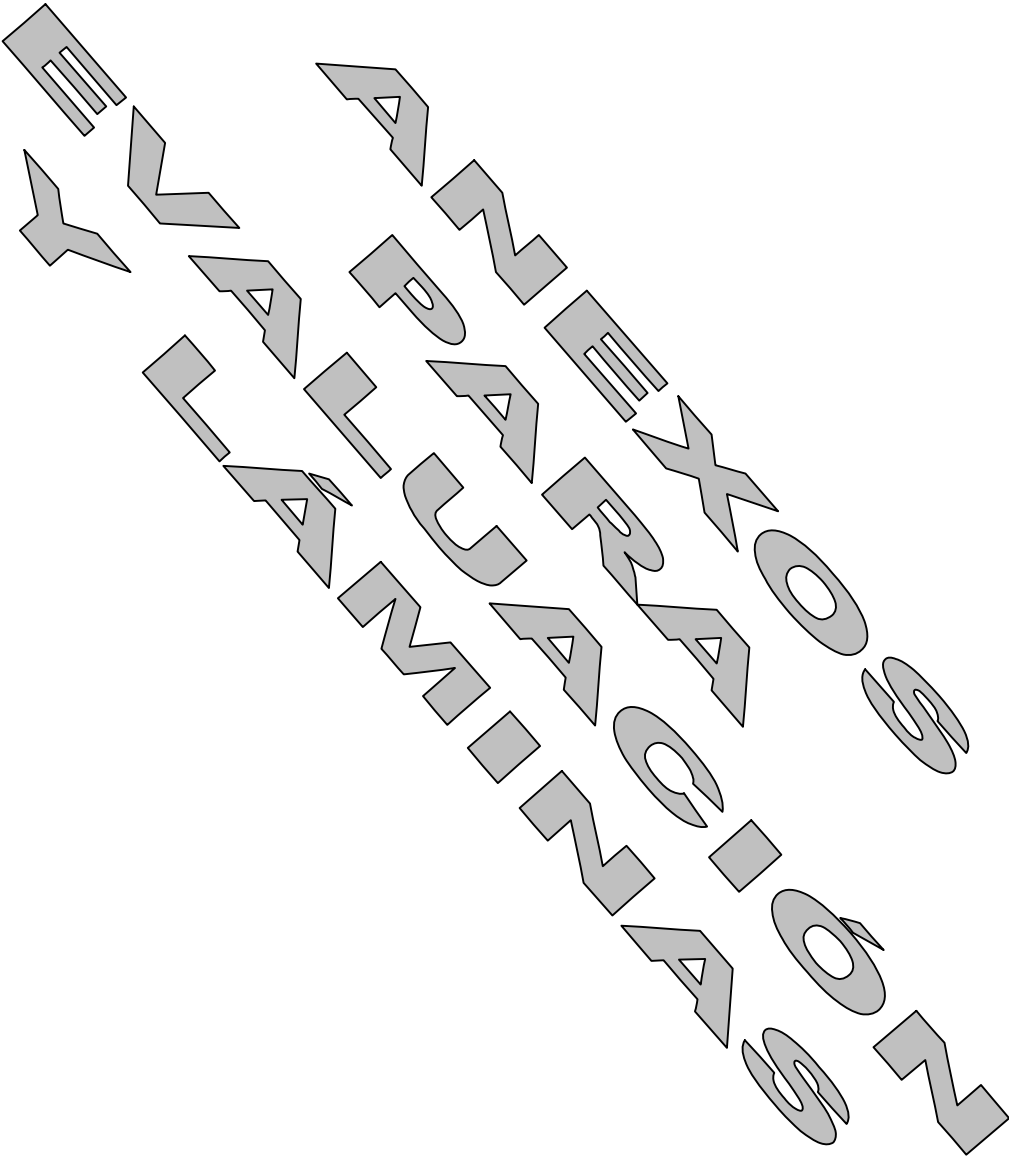
Tiempo aprox. para la actividad: 20 min.

5.- "Opinando acerca del taller". El facilitador dará a cada integrante del taller el Anexo- evaluaciones no. 25, mencionándoles que: *"Es importante conocer tu opinión general acerca este manual, de las dinámicas propuestas en los diferentes temas, así como de la coordinadora. Por otro lado, si existe algún otro tema o modificación en el manual que les parezca necesario para un mejor entendimiento, participación e interés para personas de su edad; hazlo saber en la hoja que se les entregó y al terminar la regresen"*.

Tiempo aprox. para la actividad: 10 min.

6.- Despedida y agradecimiento. Por último, el coordinador agradecerá a los participantes la asistencia al taller, su participación, su interés y si considera pertinente y los recursos se lo permiten, les obsequiará algún presente como un separador, algún dulce

Tiempo aprox. para la actividad: 10.



ANEXO 1.-

**CUESTIONARIO
GENERAL**

Elige la respuesta que conteste el planteamiento hecho, de acuerdo a lo que sabes, piensas o haces.

Recuerda que este cuestionario se realiza con fines estadísticos y para saber lo que conoces sobre diferentes temas y lo que obtengas no tendrá repercusiones que afecten tu vida académica y social, pues tus respuestas serán tratadas confidencialmente.

1. Son métodos que pueden favorecer el riesgo de cáncer mamario y/o cervical a las mujeres
 - a) Hormonales.
 - b) Quirúrgicos.
 - c) Barrera.
 - d) No sé.

2. ¿Una mujer puede volver a ser virgen con la himenoplastia?
 - a) No, solo se reconstruye el himen.
 - b) Si, ya que la mujer vuelve a sangrar y a experimentar dolor cuando tenga una relación sexual.
 - c) No sé.

3. ¿Qué es la sexualidad?
 - a) Es tener relaciones sexuales y tener diferentes prácticas o comportamientos en el acto.
 - b) No sé.
 - c) Es una dimensión de la vida del ser humano que implica aspectos físicos, sociales y psicológicos, que nos definen como hombres o mujeres.

4. ¿Qué es la copofilia?
 - a) Es una alternativa sexual patológica que consiste en obtener placer al estar en contacto con las heces fecales.
 - b) Es una alternativa sexual normal que consiste en obtener placer al comer heces fecales.
 - c) Es una alternativa sexual patológica que consiste en obtener placer al estar en contacto con cadáveres.
 - d) No sé.

5. ¿Cómo se expresa la sexualidad?
 - a) En un encuentro sexual, al acariciar, besar y es la forma de hacer el amor.
 - b) No lo sé por que aún no lo experimento.

- c) En nuestros pensamientos, sentimientos y comportamientos de los roles de género.
6. ¿Cuáles son los elementos básicos de la autoestima?
- a) No tomar en cuenta nada.
 - b) Tener amigos, ser trabajador, obediente, agradable social.
 - c) Conocerte, valorarse, respetarse, aceptarse.
 - d) No sé.
7. ¿En qué me ayuda conocerme corporalmente?
- a) Para conocer qué atributos tengo y mostrárselos a los demás y ocultar los defectos para que no me critiquen.
 - b) Para detectar oportunamente enfermedades, cambios, para sensibilizar el cuerpo y aceptarme.
 - c) Para saber qué cremas y masajes requiero.
 - d) No sé.
8. Las pastillas de emergencia, sirven para...
- a) Evitar el embarazo antes de que se de la fecundación.
 - b) Evitar que el feto se siga desarrollando.
 - c) Evitar cólicos premenstruales.
 - d) No sé.
9. Cuando estoy con mi pareja, quien toma la mayoría de las decisiones es...
- a) Uno de los dos toma las decisiones sin consultar al otro.
 - b) Entre los dos, después de haberlo platicado.
 - c) Lo dejamos al azar.
 - d) No sé.
10. ¿Cómo puedes comprobar que una mujer es virgen?
- a) Cuando la mujer sangra y expresa dolor en su primera relación sexual.
 - b) En su manera de caminar, al expresar dolor en la primera relación sexual, además de que el médico lo puede comprobar con un examen físico.
 - c) No se puede comprobar.
 - d) No sé.
11. ¿El VIH/SUDA se contagia por?
- a) Picadura de insectos, contacto de persona a persona, uso de sanitarios , compartir alimentos.
 - b) Por abrazarse, bailar, sudor, por compartir o tocar equipos de gimnasio, teléfonos, toallas, dinero, cubiertos.
 - c) No sé.
 - d) Contacto sexual de tipo anal, oral o vaginal, por vía Perinatal, por compartir jeringas y agujas contaminadas y por transfusiones sanguíneas.
12. ¿Para qué te sirven las habilidades sociales?

- a) Para tener muchos amigos, defender mis derechos y la de los demás, para obtener lo que se quiere y platicar con cualquier persona.
 - b) No sé a qué se refieren.
 - c) Para expresar adecuadamente mis sentimientos, deseos, pensamientos, decisiones, para llegar a un acuerdo y defender mis derechos.
13. ¿En qué me ayuda fomentar mi autoestima?
- a) Ayuda a tener muchos amigos, ser querido, a integrarme distintos grupos y actividades y ser aceptado.
 - b) Ayuda a reconocer mis capacidades y superar mis debilidades
 - c) No me ayuda en nada.
14. ¿Qué métodos ayudan a prevenir los embarazos no deseados y algunas ITS?
- a) Lo desconozco.
 - b) Condón femenino y masculino.
 - c) Coito interrumpido, espermaticidas y DIU.
 - d) Diafragma, coito interrumpido.
15. ¿A qué se refiere la palabra “sexo”?
- a) No sé.
 - b) A las relaciones coitales.
 - c) A ser hombre o ser mujer “roles de género”.
 - d) A los aparatos sexuales reproductivos.
16. ¿Qué es la autoestima?
- a) Es la valoración que hacemos de nosotros mismos.
 - b) Es tratar de caer bien a los demás.
 - c) No sé.
17. ¿El hombre tarda más tiempo que la mujer en llegar al orgasmo?
- a) No es cierto.
 - b) Es verdad.
 - c) No tengo la menor idea.
18. Generalmente, si estas en una fiesta, donde tus amigos no han llegado y no conoces a nadie, ¿entonces tú?
- a) Te sientes incómodo y mejor te vas a un espacio donde no molestes a nadie o te vas.
 - b) Te presentas y platicas con alguien y convives con él y otros durante la fiesta.
 - c) No pones atención de quien está alrededor y tampoco le hablas a un extraño.
19. ¿Qué consecuencias tiene un embarazo no deseado?
- a) Tu pareja te quiere más y se casa contigo.
 - b) Tendrás mayor responsabilidad en cuanto a recursos económicos, laborales y de salud, rechazo de la familia, pareja y escuela.
 - c) Tendrás un hijo sano y serás una madre feliz.
20. ¿Quiénes practican la masturbación?

- a) Los hombres solteros.
- b) Los homosexuales y bisexuales.
- c) Cualquier persona.

21. ¿A los homosexuales se les debe de...?

- a) Perseguir y encarcelar.
- b) Dar tratamiento para curarlos.
- c) Respetar su sexualidad.
- d) Reunir con otros homosexuales en lugares adecuados para ellos.

22. ¿En qué situaciones se debe utilizar el condón?

- a) Siempre que se tengan relaciones sexuales ya sea con la pareja ocasional o desconocida, prostitutas (os).
- b) Siempre que se tenga una relación sexual ya se con tu pareja estable u ocasional, desconocida, prostitutas (os).
- c) Cuando tengas relaciones con prostitutas (os).
- d) No sé.

23. ¿La mujer debe ser más querida y valorada si tiene himen y sangra en su primera relación sexual?

- a) Si.
- b) No.
- c) No sé.

24. ¿Qué procedimiento es el adecuado tomar una decisión?

- a) Impulsivamente, en caliente.
- b) Dejando que otros decidan por mí o dejando que se resuelvan solas.
- c) Proponiendo, evaluando y eligiendo alternativas de solución.
- d) No sé.

25. ¿Qué es la homosexualidad?

- a) Una preferencia sexual que implica que una persona sienta atracción sexual por personas de su mismo sexo.
- b) Una enfermedad que se refiere a que una persona sienta atracción sexual por personas de su mismo sexo.
- c) No sé.

26. ¿Qué actividades me ayudan a reconocer mi cuerpo?

- a) No sé.
- b) Pidiéndole a una persona de mi confianza (mamá, amiga, pareja) que me diga como soy
- c) Mirándome al espejo detenidamente y tocando mi cuerpo.

27. Si tienes relaciones sexuales sin protección te expones a...

- a) Un embarazo, a adquirir infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.
- b) Un embarazo ectópico, adquirir enfermedades.
- c) Que tu pareja te quiera más.
- d) A nada.

28. Son algunas prácticas sexuales penadas por la ley

- a) Paidofilia, Necrofilia, exhibicionismo.
- b) Intercambio de parejas, escatofilia, troilismo.
- c) Lo desconozco.

29. Son nombres de infecciones de transmisión sexual

- a) Triconomiasis, Amigdalitis, Faringitis.
- b) Candidiasis, Peticulosis, Condilomas.
- c) Rubéola, Tétanos, Sarampeón.
- d) No sé

30. ¿Es una de las causas de los embarazos no deseados?

- a) No saber utilizar el coito interrumpido.
- b) No usar protección en las relaciones sexuales.
- c) El hombre no cuidó a la mujer.
- d) No sé.

31. ¿Son algunas reglas para una buena comunicación?

- a) Hablar siempre que se tenga una idea, sin importar el momento, porque se te puede olvidar, mostrar todas las emociones que te produce el hablar con la persona.
- b) Identificar y aceptar los propios pensamientos y deseos, controlar los sentimientos que impidan la comunicación, hablar claramente en el momento oportuno y dar respuestas claras y concretas.
- c) Caerle bien a la otra persona, decirle sus características positivas, tratar de no contradecir las ideas expuestas, terminar e iniciar la conversación con saludos.
- d) No sé.

32. ¿Sólo se llega al orgasmo cuando se tiene la pareja adecuada?

- a) Es verdad.
- b) No tengo la menor idea.
- c) No es verdad.

33. ¿A qué se refieren las alternativas sexuales?

- a) No sé.
- b) A los instrumentos que las parejas utilizan para el placer sexual en un encuentro sexual.
- c) Son las prácticas o variantes en el ejercicio de la sexualidad.

34. ¿Qué consecuencias puede tener realizar un aborto?

- a) Nada, sólo se debe tener reposo.
- b) El periodo menstrual se regula y se reducen los cólicos, duele menos el coito.
- c) Síndrome post-aborto, se reduce la fertilidad, hay riesgos en posteriores embarazos, rechazo social y problemas con la ley.
- d) No lo sé.

35. ¿La masturbación se puede practicar?

- a) En un lugar público, en cualquier lugar.
- b) A solas o con tu pareja.
- c) No se debe practicar.

d) No sé.

36. La mayoría de las Infecciones de transmisión sexual se pueden curar con..

- a) Antibióticos.
- b) Vitaminas y descanso.
- c) No sé.
- d) Se curan solas.

37. ¿En qué momento se debe poner el condón?

- a) Antes de introducir el pene a la vagina, boca, ano.
- b) No sé.
- c) Antes de introducir el pene en la vagina, no es necesario colocarlo en sexo oral y anal.
- d) Antes de eyacular: se saca el pene de la vagina y se coloca.

38. ¿Cuáles son los componentes de las habilidades sociales?

- a) Las conductas verbales: Iniciar, mantener y terminar una conversación.
- b) No sé.
- c) Las conductas no verbales: El contacto ocular, los gestos faciales, ademanes, la postura y distancia con relación a las otras personas.
- d) Los sentimientos, pensamientos, necesidades y discrepancias con los demás.

39. Son pasos para negociar y afrontar conflictos con otras personas o tu pareja.

- a) No sé.
- b) Intentar tranquilizante, tomar algún tiempo para reflexionar, posteriormente ir con la pareja y escuchar sus deseos y sentimientos, después exponer lo que se piensa sobre el problema. Finalmente, ver si alguno puede ceder un poco para mejorar la situación o proponer alternativas, elegir alguna y comprometerse a llevarlo a cabo.
- c) Hablar en el momento del conflicto, demostrar los sentimientos y confusiones que te genera tratar el tema, no quedarse callado, siempre contestar claramente. Finalmente, hacer respetar nuestros deseos y que la otra persona no se salga con la suya.

Gracias por asistir y participar en el presente taller.

Hoja de calificación del cuestionario general

Se tomarán como respuestas correctas cuando las opciones señaladas por el participante correspondan a las que a continuación se presentan. Aquel ítem que no haya sido contestado o si hay dos o más opciones señaladas se tomará como incorrecta aún cuando alguna de ellas coincida con el formato.

Cada ítem tendrá el valor de 1, al terminar de calificar el cuestionario, se sumarán todos los reactivos correctos, se multiplicarán entre 100 y se dividirá entre 39. Así se obtendrá la puntuación correspondiente a cada cuestionario.

1. Son métodos que pueden favorecer el riesgo de cáncer mamario y/o cervical a las mujeres.
 - a) Hormonales.
 - b) Quirúrgicos.
 - c) Barrera.
 - d) No sé.

2. ¿Una mujer puede volver a ser virgen con la himenoplastia?
 - a) No, solo se reconstruye el himen.
 - b) Si, ya que la mujer vuelve a sangrar y a experimentar dolor cuando tenga una relación sexual.
 - c) No sé.

3. ¿Qué es la sexualidad?
 - a) Es tener relaciones sexuales y tener diferentes prácticas o comportamientos en el acto.
 - b) No sé.
 - c) Es una dimensión de la vida del ser humano que implica aspectos físicos, sociales y psicológicos, que nos definen como hombres o mujeres.

4. ¿Qué es la cropofilia?
 - a) Es una alternativa sexual que consiste en obtener placer al estar en contacto con las heces fecales.
 - b) Es una alternativa sexual que consiste en obtener placer al observar a otros teniendo relaciones sexuales.
 - c) Es una alternativa sexual patológica que consiste en obtener placer al estar en contacto con cadáveres.
 - d) No sé.

5. ¿Cómo se expresa la sexualidad?
 - a) En un encuentro sexual, al acariciar, besar y es la forma de hacer el amor.
 - b) No lo sé por que aún no lo experimento.
 - c) En nuestros pensamientos, sentimientos y comportamientos de los roles de género.

6. ¿Cuáles son los elementos básicos de la autoestima?
- No tomar en cuenta nada.
 - Tener amigos, ser trabajador, obediente, agradable social.
 - Conocerte, valorarse, respetarse, aceptarse.
 - No sé.
7. ¿En qué me ayuda conocerme corporalmente?
- Para conocer qué atributos tengo y mostrárselos a los demás y ocultar los defectos para que no me critiquen.
 - Para detectar oportunamente enfermedades, cambios, para sensibilizar el cuerpo y aceptarme.
 - Para saber qué cremas y masajes requiero.
 - No sé.
8. Las pastillas de emergencia, sirven para...
- Evitar el embarazo antes de que se de la fecundación.
 - Evitar que el feto se siga desarrollando.
 - Evitar cólicos premenstruales.
 - No sé.
9. Cuando estoy con mi pareja, quien toma la mayoría de las decisiones es...Uno de los dos toma las decisiones sin consultar al otro.
- Uno de los dos toma las decisiones sin consultar al otro.
 - Entre los dos, después de haberlo platicado.
 - Lo dejamos al azar.
 - No sé.
10. ¿Cómo puedes comprobar que una mujer es virgen?
- Cuando la mujer sangra y expresa dolor en su primera relación sexual.
 - En su manera de caminar, al expresar dolor en la primera relación sexual, además de que el médico lo puede comprobar con un examen físico.
 - No se puede comprobar.
 - No sé.
11. ¿El VIH/SUDA se contagia por?
- Picadura de insectos, contacto de persona a persona, uso de sanitarios, compartir alimentos.
 - Por abrazarse, bailar, sudor, por compartir o tocar equipos de gimnasio, teléfonos, toallas, dinero, cubiertos.
 - No sé.
 - Contacto sexual de tipo anal, oral o vaginal, por vía Perinatal, por compartir jeringas y agujas contaminadas y por transfusiones sanguíneas.
12. ¿Para qué te sirven las habilidades sociales?
- Para tener muchos amigos, defender mis derechos y la de los demás, para obtener lo que se quiere y platicar con cualquier persona.
 - No sé a qué se refieren.

- c) Para expresar adecuadamente mis sentimientos, deseos, pensamientos, decisiones, para llegar a un acuerdo y defender mis derechos.
13. ¿En qué me ayuda fomentar mi autoestima?
- Ayuda a tener muchos amigos, ser querido, a integrarme distintos grupos y actividades y ser aceptado.
 - Ayuda a reconocer mis capacidades y superar mis debilidades.
 - No me ayuda en nada.
 - No sé.
14. ¿Qué métodos ayudan a prevenir los embarazos no deseados y algunas ITS?
- Lo desconozco.
 - Coito interrumpido, espermaticidas y DIU.
 - Diafragma, coito interrumpido.
 - Condón femenino y masculino.
15. ¿A qué se refiere la palabra “sexo”?
- No sé.
 - las relaciones coitales.
 - A ser hombre o ser mujer “roles de género”.
 - A los aparatos sexuales reproductivos.
16. ¿Qué es la autoestima?
- Es la valoración que hacemos de nosotros mismos.
 - Es tratar de caer bien a los demás.
 - No sé.
17. ¿La mujer tarda más tiempo que la mujer en llegar al orgasmo?
- No es cierto.
 - Es verdad.
 - No tengo la menor idea.
18. Generalmente, si estas en una fiesta y tus amigos no han llegado y no conoces a nadie, ¿entonces tú?
- Te sientes incómodo y mejor te vas a un espacio donde no molestes a nadie o te vas.
 - Te presentas y platicas con alguien y convives con él y otros durante la fiesta.
 - No pones atención de quien está alrededor y tampoco le hablas a un extraño.
19. ¿Qué consecuencias tiene un embarazo no deseado?
- Tu pareja te quiere más y se casa contigo.
 - Tendrás mayor responsabilidad en cuanto a recursos económicos, laborales y de salud, rechazo de la familia, pareja y escuela.
 - Tendrás un hijo sano y serás una madre feliz.
20. ¿Quiénes practican la masturbación?
- Los hombres solteros.
 - Los homosexuales y bisexuales.
 - Cualquier persona.

21. ¿A los homosexuales se les debe de...?
- Perseguir y encarcelar.
 - Dar tratamiento para curarlos.
 - Respetar su sexualidad.
 - Reunir con otros homosexuales en lugares adecuados para ellos.
22. ¿En qué situaciones se debe utilizar el condón?
- Siempre que se tengan relaciones sexuales ya sea con la pareja ocasional o desconocida, prostitutas (os).
 - Siempre que se tenga una relación sexual ya se con tu pareja estable u ocasional, desconocida, prostitutas (os).
 - Cuando tengas relaciones con prostitutas (os).
 - No sé.
23. ¿La mujer debe ser más querida y valorada si tiene himen y sangra en su primera relación sexual?
- Si.
 - No.
 - No sé.
24. ¿Qué procedimiento es el adecuado tomar una decisión?
- Impulsivamente, en caliente.
 - Dejando que otros decidan por mí o dejando que se resuelvan solas.
 - Proponiendo, evaluando y eligiendo alternativas de solución.
 - No sé.
25. ¿Qué es la homosexualidad?
- Una preferencia sexual que implica que una persona sienta atracción sexual por personas de su mismo sexo.
 - Una enfermedad que se refiere a que una persona sienta atracción sexual por personas de su mismo sexo.
 - No sé.
26. ¿Qué actividades me ayudan a reconocer mi cuerpo?
- No sé.
 - Pidiéndole a una persona de mi confianza (mamá, amiga, pareja) que me diga como soy
 - Mirándome al espejo detenidamente y tocando mi cuerpo.
27. Si tienes relaciones sexuales sin protección te expones a...
- Un embarazo, a adquirir infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.
 - Un embarazo ectópico, adquirir enfermedades.
 - Que tu pareja te quiera más.
 - A nada.
28. Son algunas prácticas sexuales penadas por la ley
- Intercambio de parejas, escatofilia, troilismo.
 - Paidofilia, Necrofilia, exhibicionismo.
 - Lo desconozco.

29. Son nombres de infecciones de transmisión sexual
- Triconomiasis, Amigdalitis, Faringitis.
 - Candidiasis, Peticulosis, Condilomas.
 - Rubéola, Tétanos, Sarampeón.
 - No sé
30. ¿Es una de las causas de los embarazos no deseados?
- No saber utilizar el coito interrumpido.
 - No usar protección en las relaciones sexuales.
 - El hombre no cuidó a la mujer.
 - No sé.
31. ¿Son algunas reglas para una buena comunicación?
- Hablar siempre que se tenga una idea, sin importar el momento, porque se te puede olvidar, mostrar todas las emociones que te produce el hablar con la persona.
 - Identificar y aceptar los propios pensamientos y deseos, controlar los sentimientos que impidan la comunicación, hablar claramente en el momento oportuno y dar respuestas claras y concretas.
 - Caerle bien a la otra persona, decirle sus características positivas, tratar de no contradecir las ideas expuestas, terminar e iniciar la conversación con saludos.
 - No sé.
32. ¿Sólo se llega al orgasmo cuando se tiene la pareja adecuada?
- Es verdad.
 - No tengo la menor idea.
 - No es verdad.
33. ¿A qué se refieren las alternativas sexuales?
- No sé.
 - A los instrumentos que las parejas utilizan para el placer sexual en un encuentro sexual.
 - Son las prácticas o variantes en el ejercicio de la sexualidad.
34. ¿Qué consecuencias puede tener realizar un aborto?
- Nada, sólo se debe tener reposo.
 - El periodo menstrual se regula y se reducen los cólicos, duele menos el coito.
 - Síndrome post-aborto, se reduce la fertilidad, hay riesgos en posteriores embarazos, rechazo social y problemas con la ley.
 - No lo sé.
35. ¿La masturbación se puede practicar?
- En un lugar público, en cualquier lugar.
 - A solas o con tu pareja.
 - No se debe practicar.
 - No sé.
36. La mayoría de las Infecciones de transmisión sexual se pueden curar con..
- Antibióticos.

- b) Vitaminas y descanso.
- c) No sé.
- d) Se curan solas.

37. ¿En qué momento se debe poner el condón?

- a) Antes de introducir el pene a la vagina, boca, ano.
- b) No sé.
- c) Antes de introducir el pene en la vagina, no es necesario colocarlo en sexo oral y anal.
- d) Antes de eyacular: se saca el pene de la vagina y se coloca.

38. ¿Cuáles son los componentes de las habilidades sociales?

- a) Las conductas verbales: Iniciar, mantener y terminar una conversación.
- b) No sé.
- c) Las conductas no verbales: El contacto ocular, los gestos faciales, ademanes, la postura y distancia con relación a las otras personas.
- d) Los sentimientos, pensamientos, necesidades y discrepancias con los demás.

39. Son pasos para negociar y afrontar conflictos con otras personas o tu pareja.

- a) No sé
- b) Intentar tranquilizante, tomar algún tiempo para reflexionar, posteriormente ir con la pareja y escuchar sus deseos y sentimientos, después exponer lo que se piensa sobre el problema. Finalmente, ver si alguno puede ceder un poco para mejorar la situación o proponer alternativas, elegir alguna y comprometerse a llevarlo a cabo.
- c) Hablar en el momento del conflicto, demostrar los sentimientos y confusiones que te genera tratar el tema, no quedarse callado, siempre contestar claramente. Finalmente, hacer respetar nuestros deseos y que la otra persona no se salga con la suya.

ANEXO 2 “CONCIENCIA Y CONOCIMIENTO DE MÍ MISMO”

Coloca una en la columna que conteste la oración de acuerdo a la reflexión que realices.

Donde: Si, es = la mayoría de las veces, No = Nunca, y ¿? = no lo sé o dudo

Conciencia y conocimiento de mí mismo		SI	¿?	NO
Comprendo mis necesidades básicas	1. Me preocupo por mis necesidades físicas: comida, techo... 2. Me amo a mí mismo y a los demás 3. Me arriesgo, explorando y creando 4. Aprendo, estudio y reflexiono 5. Ayudo y trabajo con otros 6. Acepto mis capacidades y limitaciones 7. Lucho por mi dignidad y autorrespeto			
Expreso mis sentimientos	8. Soy abierto y espontáneo 9. Soy capaz de intimidar con otra persona 10. Expreso depresión y tristeza con lágrimas y angustia 11. Expreso mis temores, ansiedades y preocupaciones 12. Expreso alegría y felicidad con risas y júbilo 13. Expreso mis enojos y frustraciones 14. Gozo la vida con otros			
Tengo control y conciencia de mí mismo	15. Me doy cuenta de las sensaciones de mi cuerpo 16. Tengo fe en mis talentos y habilidades 17. Tengo sensibilidad y percepción de los sentimientos de otros 18. Manejo y supero mis conductas indeseables 19. Planeo y dirijo mi propio futuro			
Estoy consciente de los valores humanos	20. Aprecio y refuerzo mis conductas deseables 21. Deseo cosas grandes y las fantaseo 22. Practico los valores sociales, cortesía y honestidad 23. Desarrollo conciencia del fin que tienen el poder y la riqueza 24. Atiendo, sirvo y apoyo a los demás 25. Desarrollo la apreciación por la belleza y el arte 26. Me comprometo a mí mismo a seleccionar mis valores y expectativas 27. Aprendo a dar y amar plenamente			
Desarrollo una madurez personal y social	28. Me responsabilizo anticipadamente de las consecuencias de mi conducta 29. Asumo la responsabilidad de mis propias decisiones 30. Me adapto a los cambios sociales y de la comunidad 31. Asumo las responsabilidades sociales y de la comunidad 32. Me identifico con los problemas de los demás y ofrezco mi ayuda 33. Me trasciendo a mí mismo a través de una identificación con el universo 34. Renuevo y recreo mi ser			

ANEXO 3

"SOY UNA PERSONA..."

Respecto de la siguiente lista de características, elige una de las opciones que se presentan en cada ítem, colocando una en el recuadro que corresponda

Soy una persona		
1. Servicial	-	Egoísta
2. Inteligente	-	Tonta
3. Positiva	-	Pesimista
4. Sumisa		Rebelde
5. Sincera		Hipócrita
6. Flexible		Rígida
7. Relajada		Tensa
8. Cariñosa		Fría
9. Agradable		Desagradable
10. Alegre		Aburrida
11. Autoritaria		Liberal
12. Indulgente		Recriminante
13. Consciente		Distraída
14. Aceptable		Rechazante
15. Comprometida		Indiferente
16. Intelectual		Emotiva
17. Respetuosa		Cínica
18. Compartida		Retraída
19. Responsable		Irresponsable
20. Compresiva		Enjuiciante
21. Profunda		Superficial
22. Segura		Insegura
23. Valiente		Miedosa
24. Decidida		Indecisa
25. Tolerante		Intolerante
26. Importante		Insignificante
27. Activa		Pasiva
28. Conforme		Inconforme
29. Constante		Inconstante
30. Humilde		Orgullosa
31. Prudente		Imprudente
32. Creativa		Rutinaria
33. Triunfante		Fracasada
34. Independiente		Dependiente
35. Extrovertida		Introvertida
36. Bondadosa		Rencorosa
36. Dadivosa		Posesiva

ANEXO 4.-

"CÓMO ESTOY"

Coloca una en el paréntesis de la opción que más se acerque a lo que tu consideras que eres

1.-Tiempo Paso la mayor parte del tiempo pen- () () Paso la mayor parte del tiempo sando en el pasado o en el futuro experimentando el presente
2.- Autoconfianza Estoy completamente seguro y con- () () Dudo de mí todo el tiempo, me siento fiado de mí mismo y orgulloso de mí apenado y avergonzado siempre
3.- Experiencias Estoy siempre experimentando nuevas () () Me siento aprisionado, incapaz de formas de actuar. Rara vez repito el hacer algún cambio en mi conducta. mismo comportamiento Nunca o casi nunca experimento con nuevas conductas
4.- Trabajo Invariablemente termino mi trabajo. () () Nunca termino mi trabajo. Mi Siempre soy industrioso y muy incapacidad para completar tareas me competente hace sentir incómodo
5.- Identidad Me conozco total y completamente () () No sé quien soy, no tengo la menor idea
6.- Sexualidad Acepto totalmente mi papel de mujer () () No acepto mi papel de mujer o de o hombre hombre, ni estoy seguro de él
7.- Autoridad No acepto ni resisto el control de mis () () Siempre estoy de acuerdo con mis padres o de cualquier autoridad, ya sea padres, o con cualquier autoridad, ya sea en la escuela, en la iglesia o que me en la escuela, iglesia o que me supervisen supervisen

ANEXO 5.-

“QUIÉN SOY”

Por favor, contesta las siguientes preguntas que a continuación se te presentan

1.- ¿Qué capacidades o sensibilidades creo tener? _____

2.- ¿Tengo alguna fuerza especial? _____

3.- ¿Me trato con respeto o juego a devaluarme? _____

4.- ¿Qué hago por mí? _____

5.- ¿Me permito cierta indulgencia? _____

6.- ¿Pido que los demás respeten mis necesidades o juego a que yo no importo? _____

7.- ¿Respeto mis urgencias físicas y emocionales y trato activamente de satisfacerlas? _____

8.- ¿Me permito disponer de tiempo para pasarlo con personas que me agradan? _____

9.- ¿Reservo tiempo para hacer cosas que me gustan? _____

10.- ¿Hay congruencia entre lo que soy y lo que hago? _____

11.- ¿Busco personas que me valoren por lo que hago? _____

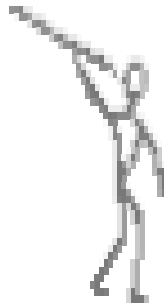
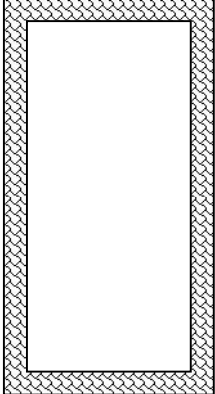
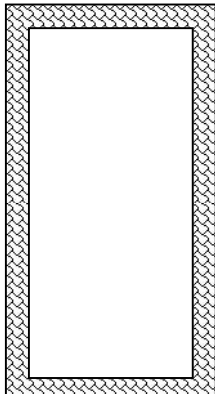
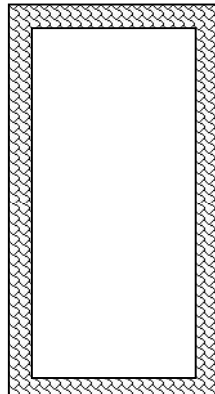
12.- ¿Busco personas que me valoren por lo que soy? _____

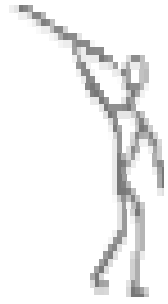
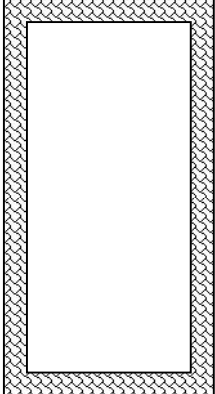
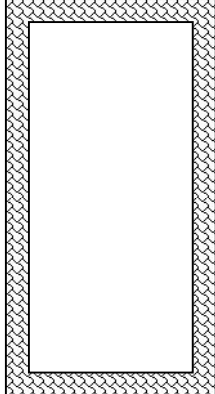
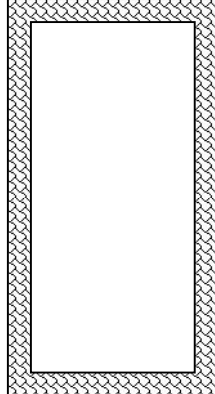
Continua conociéndote y verás lo capaz que eres

ANEXO 6.-

para hacer diferentes cosas
" TODOS VALEMOS "

Escribe tres cualidades en cada espejo, de acuerdo a lo que eres y un defecto debajo de él.

	Mi físico es	Mi carácter es	Como amigo (a) soy
			
	_____	_____	_____

	Como hijo (a) soy	Como estudiante soy	Como pareja soy
			
	_____	_____	_____

El compañero que tengo a mi lado derecho es: _____
El compañero que tengo a mi lado izquierdo es: _____

Gracias por tu colaboración.

ANEXO 7

"CUANTO SABES DE TU CUERPO"

Contesta sinceramente las preguntas que se te presentan en el siguiente recuadro.

<p>1. ¿Haz observado detenidamente cada parte de tu cuerpo?</p> <p>_____</p>
<p>2. ¿Cuándo fue la última vez que lo hiciste? _____</p>
<p>3. ¿Cómo te sientes con cada parte de ella?, ¿Te gusta?</p> <p>_____</p>
<p>4. ¿Alguna vez te has puesto a apreciar las diferentes partes del cuerpo de otra persona sin finalidades de crítica destructiva o sexual?</p> <p>_____</p>
<p>5. ¿Sabes identificar cuando tus genitales están irritados o les pasa algo, sin verlo o tocarlo? _____ ¿Cómo o porqué? _____</p> <p>_____</p>

ANEXO 8.

"RECONOCIÉNDOME"

Contesta en siguiente formato. En la primera línea coloca la (s) partes (s) del cuerpo que de acuerdo a la puntuación 5 al 1 (más a menos) te gustan y completa las oraciones de acuerdo a lo que piensas o sientes.



5 _____ es (son) la parte(s) de mi cuerpo que me gustan muchísimo, pues son _____ y me siento _____

4 _____ me gustan, porque _____ y me siento _____

3 _____ más o menos me agradan, pues son _____ y me siento _____

2 _____ casi no me gustan porque _____ y me hacen sentir _____

1 _____ Ni siquiera las tomo en cuenta, porque _____

ANEXO 9.-

¿QUÈ PASO?

RECONOCIMIENTO CORPORAL

Escribe sobre la línea lo que te hacen pensar las preguntas planteadas

¿Los ejercicios hechos me parecieron importantes? _____ ¿Porqué? _____

¿Qué tan probable es que los siga practicando en casa, en mi cuarto?

Los ejercicios me sirvieron para... _____

¿Conozco las partes más sensibles de mi cuerpo? _____ Son: _____

¿A qué partes debo poner más atención? _____

Sinceramente, antes de esta sesión sabía las partes sensibles, donde debo poner atención? _____

Dale la importancia y tiempo para cada una de las partes de tu cuerpo que más necesitan de ello.

ANEXO 10.- "CONTENIDO DE LAS LÁMINAS SOBRE ASERTIVIDAD"

Las habilidades sociales: Es la capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren las necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva, es decir, asegurando los propios derechos, requerimientos, satisfacciones u obligaciones de las personas, sin afectar los derechos similares de otros.

El comportamiento **asertivo**, es la respuesta que reconoce las necesidades, sentimientos y derechos de quien habla y de quien escucha, intenta lograr una solución positiva mutuamente satisfactoria que intensifica las relaciones a corto y largo plazo. La respuesta asertiva es sincera, positiva, no punitiva, justa, considerada, directa, no defensiva, sensible y constructiva.

El comportamiento **pasivo** es la respuesta en la que los derechos, sentimientos, necesidades u opiniones de la persona son ignorados, violados o suprimidos; la persona permite que los demás saquen provecho de ella, que la controlen y subyuguen. Ésta respuesta consiste en pasar inadvertido, la timidez, vergüenza y retraimiento, refleja autodesprecio y bajo autoconcepto.

El comportamiento **agresivo** es la respuesta donde el que habla, ignora o limita los sentimientos, opiniones, necesidades o derechos el que escucha, se aprovecha de él, intenta controlarlo, o impide la expresión abierta de los sentimientos del otro. La conducta agresiva es mandona, exigente, egocéntrica, insensible, cruel, manifiesta indiferencia por los sentimientos de los demás, es una respuesta arrogante, manipuladora, intimidante, negativa, castigadora y ofensiva

Los comportamientos asertivos son parte de las habilidades sociales:

- Recibir y dar cumplidos.
- Expresar una queja
- Dar una negativa o decir no
- Pedir o rechazar favores.
- Solicitar un cambio de conducta.
- Defender los derechos propios
- Iniciar, mantener y terminar una conversación.
- Empatizar con otros.
- Habilidades no verbales.

- Afrontar y solucionar conflictos
- Tomar decisiones.

ANEXO 11.-**"CÓMO TOMO DECISIONES"**

Subraya la opción que más se acerca a lo que tu realizas u opinas según la oración presentada.

1. Examinar los pros y contras de una situación antes de tomar una decisión es una pérdida de tiempo.

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
2. Es más probable que yo reaccione a los acontecimientos y que no los controle

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
3. Prefiero que otra persona tome las decisiones por mí

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
4. Generalmente me confundo cuando tengo que tomar una decisión importante

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
5. Después de tomar una decisión generalmente me pongo a pensar si será la correcta

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
6. Echar una moneda al aire es un medio tan bueno como cualquier otro para llegar a una decisión

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
7. Intento decir algo simplemente para tratar de acabar con el problema

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
8. Mis padres y amigos son mejores que yo para tomar decisiones

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
9. Una vez que tomo una decisión, ésta es irrevocable

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
10. No decidirse es ya una decisión

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
11. Siempre habrá alguien que tome las decisiones si uno espera lo suficiente

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
12. Mis decisiones siempre tienden a ser malas sin que importe lo que yo haga

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
13. Comprobar las decisiones para ver si dan resultado, es una pérdida de tiempo y esfuerzo

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
14. Por lo común tomo mis decisiones impulsivamente

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
15. Prefiero confiar en mi intuición que tratar de analizar cualquier decisión

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
16. Tomar una decisión, consultar con otros tiende a oscurecer el punto

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
17. Lo mejor, cuando se toma una decisión es ir de acuerdo con la mayoría

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
18. No me considero competente para ayudar a otros a tomar decisiones

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
19. Considero que las decisiones son un mal necesario

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------
20. Las decisiones no tienen importancia porque "Lo que tiene que ser, será"

a) De acuerdo	b)En desacuerdo
----------------	------------------

19. Considero que las decisiones son un mal necesario

a) De acuerdo

b)En desacuerdo

20. Las decisiones no tienen importancia porque "Lo que tiene que ser, será"

a) De acuerdo


b)En desacuerdo


ANEXO 13.-

¿Y A TÍ QUÉ?

VIRGINIDAD

Marca con una en el recuadro que pienses que la oración corresponde a un mito o a una realidad

 Las siguientes afirmaciones son:	Mito	Realidad
El himen garantiza la virginidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la forma de caminar o en la forma de las caderas, se puede saber si una mujer es virgen o no.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existen mujeres que nacen sin himen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siempre la primera relación sexual es dolorosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El hombre puede experimentar dolor en su pene en la primera relación sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mujer vale más dentro de la sociedad si es virgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la primera relación sexual, la mujer debe sangrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El himen se puede "romper" en prácticas gimnásticas, equitación, ciclismo o durante algún esfuerzo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La himenoplastia rehabilita el himen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El himen obstruye toda la entrada vaginal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la penetración anal no es necesario tomar anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sólo la mujer experimenta dolor la primera vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los homosexuales no experimentan dolor en su primera relación anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una mujer en su primera relación sexual puede conservar un himen intacto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La virginidad es un estado puramente biológico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No existe forma, incluso para un médico, de establecer con certeza si una mujer es virgen o no.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Hoja de calificación del anexo 13 para el coordinador

A continuación se muestran las respuestas correctas del cuestionario anterior “¿Y a tí que?”: Se toma como respuesta correcta cuando la se encuentra en el espacio indicado (mito o realidad), si se encuentran señaladas 2 en un mismo ítem o se encuentran vacíos se considera como error.

Las siguientes afirmaciones son:	Mito	Realidad
El himen garantiza la virginidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la forma de caminar o en la forma de las caderas, se puede saber si una mujer es virgen o no.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existen mujeres que nacen sin himen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siempre la primera relación sexual es dolorosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El hombre puede experimentar dolor en su pene en la primera relación sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mujer vale más dentro de la sociedad si es virgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la primera relación sexual, la mujer debe sangrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El himen se puede "romper" en prácticas gimnásticas, equitación, ciclismo o durante algún esfuerzo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La himenoplastia rehabilita el himen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El himen obstruye toda la entrada vaginal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la penetración anal no es necesario tomar anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sólo la mujer experimenta dolor la primera vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los homosexuales no experimentan dolor en su primera relación anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una mujer en su primera relación sexual puede conservar un himen intacto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La virginidad es un estado biológico, social y psicológico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No existe forma, incluso para un médico, de establecer con certeza si una mujer es virgen o no.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para obtener la calificación se realizará la regla de 3: Se suma el número de aciertos, se multiplica por 100 y se divide entre 16.

ANEXO 14.**“ ¿!YOOOOO?!”****MASTURBACIÓN**

A continuación se te presentan algunas frases que comúnmente se piensan o se dicen las personas. Coloca en la línea que corresponda si lo que está escrito es un mito o mentira con una “M” y si es verdad lo que se dice, entonces coloca una “R” en la línea que aparece al principio de la oración y explica el porqué de tu respuesta.

____ La masturbación es una forma sana de relajación para la persona. Porqué:

____ La masturbación es una forma de excitación sexual y se puede hacer en pareja o individualmente. Porqué: _____

____ La masturbación es exclusiva de los hombres y de los que tienen problemas en el ámbito sexual o mental. Porqué: _____

____ Los atletas disminuyen su fuerza si se masturban o tienen coito antes de una competencia. Porqué: _____

____ Debido a las hormonas que segregan, los hombres tienen mayor deseo sexual que la mujer, más no es una regla que tenga mayor placer que la mujer. Porqué: _____

____ La masturbación es indicio de inmadurez. Porqué: _____

____ La mujer no necesita más tiempo que el varón para alcanzar el orgasmo. Porqué:

____ La pareja puede masturbarse mutuamente, como parte del juego erótico o como alternativa para no llegar al coito, pues no tiene consecuencias negativas para la salud. Porqué: _____

____ Una persona puede masturbarse a solas aún cuando tenga una pareja sexual. Porqué: _____

____ Es dañino para el hombre masturbarse después de excitarse con su pareja, es necesario tener coito. Porqué:

Hoja de calificación del anexo 14 para el coordinador

A continuación se muestran las respuestas correctas del cuestionario anterior “¿Y ahora qué?”: se toma como respuesta correcta cuando la respuesta del porqué responda correctamente a porqué es un mito o verdad. Así, el total de respuestas correctas, será el puntaje obtenido en el cuestionario.

 R La masturbación es una forma sana de relajación para cualquier persona

 R La masturbación es una forma de excitación sexual y se puede hacer en pareja o individualmente.

 M La masturbación es exclusiva de los hombres y de los que tienen problemas en el ámbito sexual o mental

 R Los atletas disminuyen su fuerza si se masturban o tienen coito antes de una competencia

 R Debido a las hormonas que segregan, los hombres tienen mayor deseo sexual que la mujer, más no es una regla que tenga mayor placer que la mujer.

 M La masturbación es indicio de inmadurez

 R La mujer no necesita más tiempo que el varón para alcanzar el orgasmo

 R La pareja puede masturbarse mutuamente, como parte del juego erótico o como alternativa para no llegar al coito, pues no tiene consecuencias negativas para la salud

 R Una persona puede masturbarse a solas aún cuando tenga una pareja sexual

 M Es dañino para el hombre masturbarse después de excitarse con su pareja, es necesario tener coito.

ANEXO 15.

"YO SÉ QUE..." R E P R E S E N T A C I Ó N

ORGASMO.

Para desmitificar algunos de los mitos abordados en esta sesión sobre el tema, se realizará la siguiente representación:

Un conjunto de amigas se reúnen en un café; después de charlar de cosas triviales, empiezan a hablar de cosas más íntimas:

Claudia: (Se muestra preocupada) Oigan, ¿pueden darme un consejo?, lo que pasa es que mi pareja no queda satisfecha cuando hacemos el amor, es decir, no tiene ningún orgasmo, y tengo miedo de que le vaya a pasar algo, ya ven que dicen que hasta le puede dar cáncer.

Daniela: Pues lo que yo sé es que eso sólo te causa alguna molestia momentánea, como una tensión en los órganos genitales, pero de eso a que te dé cáncer, no creo (se ríe). Además él y tú pueden estar satisfechos sin necesidad de llegar al orgasmo. ¿No han intentado otra forma de llegar al orgasmo?

Karla: (sorprendida) ¿A poco existe otra forma?, yo sé que sólo se siente ese placer cuando tienes relaciones sexuales.

Daniela: Pues no, también se puede sentir al masturbarse, incluso puede ser más rico, claro para muchos es importante y más bonito cuando lo experimentas en la relación sexual, pero... como dice Claudia; si no lo tienes durante ésta, no tiene nada de malo, puede ser de otras maneras como por ejemplo tocarse mutuamente

Claudia: Pero, yo sé que sólo los homosexuales utilizan métodos de masturbación para tener placer.

Daniela: Eso no es cierto; tanto gays, lesbianas y heterosexuales lo practican y nosotras somos heterosexuales y muchas veces en el juego erótico con la pareja se practica la masturbación o cada quien lo hace cuando está solo, así que no me vengan con eso.

Karla: Fíjate, yo creía que sólo cuando llegara el hombre adecuado a mi vida, iba a poder experimentar un orgasmo, y que tenía que ser cuando hiciéramos el amor, pero no, afortunadamente yo también me puedo dar ese gusto

Cinthyia: Pues de eso del hombre adecuado, yo sí sabía que no es necesario, sino que basta con que ese hombre sea alguien a quien tú desees sexualmente, que te excite de verdad, para que te sientas involucrada con él en varios sentimientos como amor,

intimidad y comprensión hacia él. Que tampoco son estrictamente indispensables para que puedas sentir ese orgasmo.

Daniela: Lo que si es importante es que cuando lo hagas sea porque tú ya quieras hacerlo, porque puedes sentir todo lo que dice Cinthya, pero si decides esperar estas en todo tu derecho y cuando lo hagas toma las precauciones posibles.

Claudia: Sí, si no esa Luisa no andaría metiéndose con el primero que se le atraviesa, y ya ves cómo anda de loca.

Karla: Oigan? Si una se masturba tiene que tocarse el punto G, porque según sé las mujeres sólo tenemos orgasmos si nos tocan el punto G.

Cinthya: Pues algunos especialistas así lo piensan y tal vez sí sea alguna manera para experimentarlo, pero he leído que no hay una zona específica del cuerpo con la que se experimente, se puede sentir también al estimular el clítoris o la vagina, incluso si sólo se estimula el monte de venus, al besarse o acariciarse.

Daniela: Yo también leí, que únicamente estimulando los senos, o teniendo fantasías sexuales se puede sentir un orgasmo.

Cinthya: ¡Ya ven!; el coito no es la única manera, si eso dicen los especialistas quiere decir que existen muchas maneras de llegar al orgasmo, solo es cosa de que se descubra con tu pareja o a tú misma.

Claudia: (Sorprendida) ¡Órale!. Bueno pero entonces cómo puedo saber si mi pareja ya tuvo un orgasmo, sin tener que preguntarle.

Daniela: Eso no es siempre perceptible, lo importante es que haya comunicación con él y te lo diga, claro no a cada rato sino imagínate lo vas a hartar y no va a disfrutar, hay veces o hombres que llegan a tenerlo al momento de eyacular, algunos dicen que se les ponen los ojos blancos, que la piel se pone roja, que se acelera la presión cardiaca; pero no todo se aplica con todos, por eso es importante preguntarle a tu pareja lo que siente y que cuando tengan relaciones o juego erótico observes sus gestos, posturas y así tu también podrás darte cuenta.

Cinthya: De cierto modo sí... sin embargo, no todos los hombres reaccionan así, hay hombres que eyaculan aún cuando no sientan orgasmos, esto puede ocurrir debido a que están cansados, porque tengan algún temor, están ansiosos, o simplemente no están satisfechos con esa relación sexual?.

Daniela: Puede ser pero no siempre, yo sé de algunos hombres que no eyaculan y aún sí experimentan el orgasmo y otros que eyaculan no tienen ningún orgasmo.

Claudia: Como que ninguno, ¿qué pueden tener más?

Daniela: si, pero no todos, a veces igual que nosotras uno es más que suficiente, o a veces no es necesario tenerlo para estar bien con la pareja

Karla: A ver si entendí bien, entonces aunque el hombre eyacule o no, puede experimentar un orgasmo.

Claudia: Sí, yo también lo entendí así.

Daniela: ¡Claro!.

Cinthya: Lo que yo no sé es porque dicen que a las mujeres les cuesta más trabajo llegar al orgasmo. Bueno no sólo he escuchado de otras personas esto, sino que lo he notado yo con mi pareja.

Daniela: Si te estimulan de manera adecuada, no se ve diferencia en cuanto al tiempo que te tardes en tener un orgasmo en relación a tu pareja. Todo está en lo que tú estés pensando y en lo que estés haciendo en el momento de la relación sexual. Si estás papaloteando, pensando en la inmortalidad del cangrejo, claro que tal vez no puedas excitarte lo suficiente para sentir un orgasmo, en sí, no hay ninguna diferencia entre ambos sexos de quién sienta primero el orgasmo.

Martha: (que en toda esa plática no había participado, se decidió y dijo:) Bueno, y a todo esto ¿qué se supone que es un orgasmo?

Claudia: Según lo que yo sé y por las experiencias que he tenido, es algo así como un placer muy intenso, una satisfacción que se siente por una liberación de tensión del cuerpo. Muchas veces pierdes el control de tus movimientos, tu pulso aumenta y tu respiración es más rápida, en sí, es algo muy padre. Dura sólo como unos diez segundos o menos, pero es de lo mejor que hay en la vida.

Cinthy: Hasta parece que lo sacaste del libro que leí. Nada más que ahí también decía, que aunque en raras ocasiones, el orgasmo puede durar todavía más del tiempo que dices.

Karla: Y aunque dure poco, es muy bonito, y las mujeres pueden tener varios en una sola relación sexual; los hombres, según sé, también pueden tener más de uno, pero es más común en las mujeres si se les sigue estimulando

Martha: (Mirando el reloj, continúa diciendo:) Todo esto que platicamos aquí, me parece interesante, pero sería conveniente, para no seguir con ideas equivocadas, que fuéramos con un especialista y nos pusiéramos a leer más para salir de todas nuestras dudas; porque si no vamos a seguir en las mismas de creer en lo que digan los demás, y tal vez ellos estén equivocados. Y no es que no les crea a ustedes.

Daniela: Tienes razón, pero de esto que hemos hablado, yo estoy segura porque lo he leído en libros formales que tienen información confiable. Sin embargo, como te digo, estoy de acuerdo contigo, en buscar información con profesionales, o simplemente de libros.

Cinthy: Y no solamente de este tema, sino de cualquier otro que tenga que ver con la sexualidad, que es de lo que más información errónea se maneja, ya que muchas veces nos dejamos llevar por lo que dice la gente nada más por la pena de pedir un libro que hable de esto o información especializada.

Claudia: Si es cierto.

Martha: Apúrense muchachas si no vamos a llegar tarde a nuestras casas.

Pagan la cuenta, se levantan y se van.

ANEXO 16.-

¿Y AHORA QUÉ?

Orgasmo

Coloca en la línea una *F* si la oración es falsa, o una *V* si es verdadero.

___ No llegar al orgasmo puede producir molestias, dolor o cáncer

___ Hombres y mujeres pueden tener varios orgasmos en un mismo encuentro sexual.

___ Las mujeres sólo pueden llegar al orgasmo cuando encuentran al hombre adecuado

___ A la mujer le cuesta más trabajo llegar a un orgasmo que al hombre

___ El orgasmo masculino es sinónimo de eyaculación

___ La mujer sólo puede tener orgasmos si se le estimula el punto G

___ Se debe tener una pareja del sexo opuesto para experimentar un orgasmo

___ Las mujeres son más aptas para experimentar un orgasmo

___ Un hombre puede tener un orgasmo sin haber eyaculado

___ El orgasmo se puede experimentar a través del coito anal, vaginal, oral, masturbación, entre otras cosas.

Hoja de calificación para el coordinador del anexo 16

A continuación se muestran las respuestas que los jóvenes deberán reportar, el número de respuestas correctas corresponde al puntaje a considerar respecto de sus conocimientos del tema.

F No llegar al orgasmo puede producir molestias, dolor o cáncer

V Hombres y mujeres pueden tener varios orgasmos en un mismo encuentro sexual.

F Las mujeres sólo pueden llegar al orgasmo cuando encuentran al hombre adecuado

V A la mujer le cuesta más trabajo llegar a un orgasmo que al hombre

F El orgasmo masculino es sinónimo de eyaculación

F La mujer sólo puede tener orgasmos si se le estimula el punto G

F Se debe tener una pareja del sexo opuesto para experimentar un orgasmo

F Las mujeres son más aptas para experimentar un orgasmo

V Un hombre puede tener un orgasmo sin haber eyaculado

V El orgasmo se puede experimentar a través del coito anal, vaginal, oral, masturbación, entre otras cosas.

ANEXO 17. "OPINANDO SOBRE LOS MÉTODOS DE PREVENCIÓN"



1.-¿Por qué motivo **utilizarías o utilizas** pastillas anticonceptivas o inyecciones?

2.- ¿Por qué razón no las utilizarías ? _____

3.- ¿Porqué razones utilizarías un condón? _____

4.-¿Por qué no lo utilizarías? _____

5.- ¿Utilizarías más de un método anticonceptivo y/o de prevención de ITS a la vez? _____ ¿Cuáles? _____

¿Porqué? _____

6.- ¿Escogerías alguno de los métodos naturales como anticonceptivo y/o de prevención de ITS? _____, ¿Cuál? _____

¿Porqué? _____

7.- ¿Menciona qué métodos te previenen de Infecciones de transmisión sexual, y de cuales? _____



ANEXO 18.- PASOS PARA LA COLOCACIÓN CORRECTA DEL CONDÓN FEMENINO Y MASCULINO

El condón masculino

1. Checar la burbuja de aire.
2. Checar la fecha de caducidad o de elaboración.
3. Buscar las muescas para abrirlo.
4. Bajar el condón.
5. Abrir el empaque con la yema de los dedos utilizando las muescas.
6. Sacar el condón con cuidado de no rasgarlo con el empaque o las uñas.
7. Ver hacia qué lado se desenrolla.
8. Apretar el receptáculo del condón donde se deposita el semen.
9. Girar el condón, dado 2 vueltas para evitar las burbujas de aire.
10. Subir el prepucio.
11. Colocar el condón en el glande.
12. Bajar el condón con la yema de los dedos hasta la base del pene. Si lo desean pueden colocar el lubricante a base de agua sobre el cuerpo del pene protegido por el condón.
13. Introducir el pene en la vagina, deteniendo el aro para que no se deslice el condón.
14. Retirar el pene después de la eyaculación, sujetando el aro del con el condón.
15. Pasar la yema de los dedos sobre el cuerpo del pene para retirar completamente el semen y llevarlo al receptáculo.
16. Tomar el receptáculo y darle dos vueltas.
17. Retirar el condón.
18. Desechar el condón envuelto en papel y depositándolo en el bote de basura.

El condón femenino

1. Frotar el preservativo para distribuir el lubricante.
2. Sostener el aro y apretarlo con la yema de los dedos.
3. Introducirlo lo más posible con ayuda de los dedos.
4. Empujar hacia arriba, el condón no debe retorcerse.
5. Durante el acto sexual guiar el pene dentro del preservativo.
6. Retirarlo, apretando y retorciendo el aro externo, jalarlo, envolverlo en papel y tirarlo en el bote de basura.

Se recomienda añadir lubricante a base de agua en ambos tipos de condón cuando el aro externo penetra el interior de la vagina, si el pene se queda atascado o si se escucha ruido durante el acto sexual.

Nota: No usar lubricantes a base de aceite, cremas, vaselina, pues con el roce el condón se puede romper.

ANEXO 19.-

“ A V E R S I E S C I E R T O “

Coloca una en el recuadro que considera si la afirmación que se presenta es un Mito o una Realidad, pues es información veraz



Las siguientes afirmaciones son:	Incorrecto	Correcto
Durante los días "infértiles" puede haber embarazo.		
El método del ritmo es tan seguro como un método anticonceptivo químico.		
Los anticonceptivos hormonales generan esterilidad, aún bajo la supervisión de un médico.		
Los anticonceptivos hormonales engordan.		
El DIU no sólo se coloca a las mujeres casadas o adultas, sino también a las jóvenes solteras		
La anticoncepción de emergencia es un método abortivo.		
La ley reconoce los derechos de los jóvenes con respecto a salud sexual y reproductiva.		
Los adolescentes menores de edad pueden solicitar un método anticonceptivo en cualquier dependencia de salud sin ninguna restricción.		
El sector salud regala condones sólo a los varones.		
Todos los anticonceptivos hormonales pueden provocar náuseas, vómitos y dolores de cabeza.		
En un examen de sangre u orina, mi familia se dará cuenta que uso un anticonceptivo hormonal.		
El método de emergencia debe generar un sangrado inmediato.		
Algunos métodos anticonceptivos pueden provocar cáncer u otras enfermedades si no son utilizados correctamente y controlados por un médico.		
Los anticonceptivos hormonales y el método de emergencia pueden producir deformaciones en el feto si se utilizan después de las 72 horas de tener relaciones sexuales.		

Hoja de calificación del anexo 19 para el coordinador

En el siguiente recuadro, se indican las respuestas correctas con una . Se tomará como respuesta correcta aquella que corresponda con las señaladas, si hay una respuesta en cada opción en un mismo ítem, o si los recuadros están vacíos, se tomará

como incorrecta. Para obtener el porcentaje de respuestas correctas se sumará el total de ellas, se multiplicará por 100 y se dividirá entre 14

Afirmación	Incorrecto	Correcto
Durante los días "infértiles" puede haber embarazo.	<input type="checkbox"/>	
El método del ritmo es tan seguro como un método anticonceptivo químico.	<input type="checkbox"/>	
Los anticonceptivos hormonales generan esterilidad, aún bajo la supervisión de un médico.	<input type="checkbox"/>	
Los anticonceptivos hormonales engordan.	<input type="checkbox"/>	
El DIU no sólo se coloca sólo a las mujeres casadas o adultas, sino también a las mujeres solteras.		<input type="checkbox"/>
La anticoncepción de emergencia es un método abortivo.	<input type="checkbox"/>	
La ley reconoce los derechos de los jóvenes con respecto a salud sexual y reproductiva.		<input type="checkbox"/>
Los adolescentes menores de edad pueden solicitar un método anticonceptivo en cualquier dependencia de salud sin ninguna restricción.		<input type="checkbox"/>
El sector salud regala condones solo a los varones.	<input type="checkbox"/>	
Todos los anticonceptivos hormonales provocan náuseas, vómitos y dolores de cabeza.	<input type="checkbox"/>	
En un examen de sangre u orina, mi familia se dará cuenta que uso un anticonceptivo hormonal.	<input type="checkbox"/>	
El método de emergencia debe generar un sangrado inmediato.	<input type="checkbox"/>	
Algunos métodos anticonceptivos pueden provocar cáncer u otras enfermedades si no son utilizados correctamente y controlados por un médico.	<input type="checkbox"/>	
Los anticonceptivos hormonales y el método de emergencia pueden producir deformaciones en el feto si se utilizan después de las 72 horas de tener relaciones sexuales.		<input type="checkbox"/>

ANEXO 20.-

EL ABORTO

<http://www.plannedparenthood.org/espanol/comoaborto.html>

INFORME

Como Se Obtiene un Aborto

Un aborto termina un embarazo antes que tenga lugar el nacimiento. Cuando un embrión o un feto muere en el útero y el cuerpo lo expulsa, se le llama un aborto espontáneo. Después de 20 semanas de embarazo, un aborto espontáneo es conocido como un mal parto. Cuando una mujer decide terminar su embarazo voluntariamente, tiene un aborto inducido.

Aproximadamente el 88 por ciento de todos los abortos inducidos son realizados durante el primer trimestre — los primeros tres meses del embarazo. En realidad, más de la mitad de los abortos inducidos se llevan a cabo dentro de los primeros dos meses del embarazo (CDC, 2000). Estos abortos por lo general se llevan a cabo en una clínica, un centro de salud, o en la oficina de un médico y normalmente las mujeres pueden regresar a sus hogares aproximadamente una hora después.

Aborto médico

En algunas clínicas, las mujeres pueden elegir el uso de una combinación de drogas para terminar sus embarazos. Esto se conoce como un aborto médico.

El aborto médico no requiere cirugía. Los medicamentos utilizados son con receta médica. Como el aborto médico se realizan generalmente *dentro de los 49 días después del primer día de la última regla*, se le llama un aborto *muy temprano*.

Un porcentaje pequeño de los abortos médicos fracasa. En esos casos, es necesario recurrir a procedimientos quirúrgicos para poner fin al embarazo.

El aborto médico no se puede obtener de todos los proveedores de abortos.

Visitas de seguimiento son importantes para las mujeres que buscan tener un aborto médico. Es necesario que las candidatas para un aborto médico puedan tomar todas las drogas y hacer entre una y tres visitas al proveedor(a) de salud.

Dos combinaciones de medicamentos se pueden usar para un aborto médico:

El Método Metotrexato-Misoprostol

Estos dos medicamentos, aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, siglas en inglés) para otros usos, se pueden usar para el aborto médico.

Una mujer recibe una inyección de metotrexato de su médico. Aproximadamente cinco días después, ella introduce tabletas de misoprostol en la vagina. El embarazo generalmente termina en casa dentro de uno o dos días, aunque el 15 al 20 por ciento de las mujeres que usan este procedimiento necesitan hasta cuatro semanas para terminar exitosamente sus embarazos (ACOG, 2001). El pre-embrión o el embrión y otros productos de la concepción que se desarrollan durante el embarazo son expulsados a través de la vagina. De las mujeres que usan este método, 92-96 por ciento tendrán un aborto completo (ACOG, 2001).

El Método Mifepristona-Misoprostol

Mifepristona fue aprobado como un método abortivo por el FDA el 28 de septiembre del año 2000. Una mujer ingiere una dosis de mifepristona bajo la dirección de su médico o proveedor de salud. Pocos días después usa el segundo medicamento, misoprostol. Generalmente, el embarazo termina

aproximadamente cuatro horas después de haber tomado el misoprostol. El pre-embrión o el embrión y los demás productos de la concepción que se desarrollan durante el embarazo son expulsados a través de la vagina. De las mujeres usando este método, 96 por ciento tendrán un aborto completo (ACOG, 2001).

Aborto quirúrgico

Las mujeres que eligen terminar sus embarazos también pueden tener un aborto quirúrgico. Abortos quirúrgicos se pueden hacer con la succión suave de una jeringa, llamada aspiración al vacío manual (MVA, siglas en inglés); con succión suave y curetaje; con dilatación y evacuación; o con inducción, dependiendo de la duración que lleva el embarazo. El aborto quirúrgico es casi 100 por ciento efectivo — 99 por ciento de los procedimientos son completados.

Aspiración al Vacío Manual

MVA se puede hacer desde el momento en que una mujer sospecha que está embarazada, hasta aproximadamente 10 semanas después de su última regla. El cuello del útero se dilata y el útero se vacía con una jeringa manual. Si en el tejido que se retiró no se identifica el saco de la gestación, se examina a la mujer para determinar si es un posible caso de embarazo ectópico. MVA toma aproximadamente 10 minutos.

Succión y Curetaje

El método usual de aborto *temprano* es el de succión y curetaje. Se hace *entre seis y 14 semanas después de la última regla*. El procedimiento toma aproximadamente 10 minutos.

Se lava la vagina con un antiséptico. Generalmente, un anestésico local se inyecta dentro o cerca del cuello del útero. También se puede usar analgésicos inyectables o anestesia general. La abertura del cuello del útero se distiende gradualmente. Uno por uno se introducen en la abertura una serie de dilatadores progresivamente más gruesos. El más grueso tiene el grosor de una pluma fuente. Como una alternativa, se puede usar dilatadores absorbentes para estirar la abertura del cuello del útero. Los dilatadores absorben los fluidos del área de la abertura y la estiran conforme se van expandiendo. Si la mujer va a irse a su casa con los dilatadores introducidos, se le dará instrucciones sobre como cuidarse hasta que regrese para el aborto. Es posible que reciba antibióticos para prevenir una infección. También recibirá un número telefónico con servicio de 24 horas para que pueda ponerse en contacto con el personal de la clínica si se presenta algún problema. La dilatación gradual es menos peligrosa que hacer la dilatación toda de una vez. Sin embargo, algunas mujeres pueden sentir presión o calambres mientras los dilatadores están en el cuello del útero. Se podría dar medicamentos para ayudar a dilatar y suavizar el cuello del útero. Misoprostol comúnmente se usa solo o en combinación con otro dilatadores para suavizar el cuello del útero. Misoprostol no ha sido aprobado por el FDA para suavizar y dilatar del cuello del útero. Tampoco se le ha pedido al FDA que apruebe la droga para este propósito. Pero, investigaciones han demostrado que es una forma efectiva de prepara el cuello del útero para un aborto. (Goldberg, 2001)

Después que la abertura se ha dilatado, un tubo, conectado a una máquina de succión, se introduce en el útero.

La máquina succionadora se conecta y el útero comienza a vaciarse suavemente.

Para asegurar que se ha vaciado totalmente el útero después que se retiró el tubo de succión, una cureta (gancho metálico angosto) se usa para raspar cuidadosamente las paredes del útero. Succión y curetaje toma aproximadamente 10 minutos.

Aborto después del primer trimestre

Se pueden hacer los abortos con una variedad de métodos *después de 14 semanas desde el último periodo*. El tipo de procedimiento que se usa depende de diferentes factores, tales como el tiempo que lleva el embarazo y que es lo mejor para cada situación. Abortos después de 14 semanas de embarazo se pueden obtener en algunas clínicas y ciertos hospitales.

Dilatación y Evacuación

La dilatación y evacuación (D y E) se efectúa en dos etapas.

La primera etapa de D y E es para dilatar y suavizar el cuello del útero.

Se lava la vagina con un antiséptico

Se ponen los dilatadores absorbentes en el cuello del útero, donde permanecen por varias horas, a veces toda la noche. Se puede usar misoprostol para facilitar la dilatación del cuello del útero.

Durante la segunda etapa de D y E

Es posible que se le de un medicamento a la mujer que alivie el dolor y/o evite una infección.

Se inyecta un anestésico local en, o cerca del cuello del útero. Generalmente se puede usar anestesia general.

Se retiran los dilatadores del cuello del útero.

El feto y otros productos de la concepción se retiran del útero con aparatos quirúrgicos y con succión. Este procedimiento toma de 10 a 20 minutos.

Inducción

Es muy raro que se haga el procedimiento de inducción. Para hacer una inducción, el doctor puede introducir un medicamento llamado prostaglandina en la vagina o dar el medicamento en forma de una inyección, para comenzar las contracciones que expulsarán el feto. O se puede inyectar una solución de urea o sal en el útero, para iniciar las contracciones y causar el parto de un feto muerto. La incomodidad de las contracciones, que generalmente duran de seis a 24 horas, se puede aliviar con medicamentos orales. La inducción generalmente se hace en un hospital y requiere que la paciente pase la noche, o más tiempo, en el hospital.

Referencias citadas

ACOG — American College of Obstetricians and Gynecologists. (2001, April). "Medical Management of Abortion." *ACOG Practice Bulletin*, 26, 1-13.

CDC — Centers for Disease Control and Prevention. (2000, December 8). "Abortion Surveillance — United States, 1997." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 49 (SS - 11).

Goldberg, Alisa, *et al.* (2001, January 4). "Misoprostol and Pregnancy." *New England Journal of Medicine*, 344, 38 - 47.

A menos que se indique de otra manera, los procedimientos descritos en este informe se basan en las prácticas descritas en

Paul, Maureen, *et al.* (1999). *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. New York: Churchill Livingstone.

PPFA — Planned Parenthood Federation of America. National Medical Committee. (2000). *Manual of Medical Standards and Guidelines*, 2000 revision. New York: PPFA.

Contactos con los medios informativos:

New York: 212/261-4660

Washington, DC: 202/973-6397

Contactos para política pública:

Washington, DC: 202/785-3351

Informe

Publicado por la Biblioteca de Katharine Dexter McCormick

Planned Parenthood Federation of America

810 Seventh Avenue, New York, NY 10019

212-261-4779

Corriente desde Junio 2001

llame por telefono gratis a 1-800-230-7526.

For medical questions, or to schedule an appointment with the nearest Planned Parenthood center, call toll-free **1-800-230-PLAN**.

For more information, please read our [Frequently Asked Questions](#).

PPFA Web site © 1998 - 2004 Planned Parenthood® Federation of America, Inc.
Use of this site signifies your agreement to our [terms of use](#) and [privacy statement](#).

La diferencia entre la anticoncepción de emergencia y el aborto médico

Hay bastante confusión entre el público acerca de la diferencia entre la anticoncepción de emergencia y el aborto médico debido a información falsa difundida por los grupos antiaborto. La anticoncepción de emergencia ayuda a *evitar* el embarazo; el aborto médico *termina* el embarazo. Según las definiciones médicas generales del embarazo patrocinadas por muchas organizaciones incluyendo el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el embarazo comienza cuando un preembrión finaliza la implantación en el revestimiento del útero (ACOG, 1998; DHHS, 1978; Hughes, 1972; “Make the Distinction...” 2001). Los métodos anticonceptivos que incluyen la anticoncepción de emergencia, evitan el embarazo al inhibir la ovulación, la fertilización o la implantación (ACOG, 1998). El aborto médico termina un embarazo sin un procedimiento quirúrgico. Al ayudar a las mujeres a evitar un embarazo no deseado después de un coito sin protección, la anticoncepción de emergencia tiene el potencial de disminuir el índice de abortos. Al ayudar a las mujeres a terminar un embarazo no deseado hasta 63 días después de su última menstruación, el aborto médico es una manera alternativa segura y efectiva al procedimiento quirúrgico.

PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA (LAS PAE)

¿Qué son las PAE?

Las PAE contienen hormonas que reducen el riesgo del embarazo cuando se toman en dos dosis, con un lapso de 12 horas entre una dosis y la otra, después de tener coito sin protección. Los estudios indican que las PAE reducen el riesgo del embarazo si se toman dentro de las 120 horas de coito sin protección, pero cuanto antes se tome la primera dosis, más efectivo será el tratamiento. Actualmente, existen dos productos que se marcan específicamente como anticonceptivos de emergencia — Plan B® y Preven®. Ciertos anticonceptivos orales tomados en una dosis mayor también pueden utilizarse como PAE (“FDA Approves...,” 1999; Rodrigues, et al., 2001; Van Look & Stewart, 1998).

¿Cómo actúan las PAE?

Las PAE reducen el riesgo del embarazo al demorar o inhibir la ovulación, afectando la trayectoria de los espermatozoides u óvulos para evitar la fertilización, y/o alterando el endometrio para prevenir la implantación (FDA, 1997). Un estudio reciente determinó que con mayor frecuencia, las PAE reducen el riesgo del embarazo al impedir la ovulación (Marions, *et al.*, 2002).

¿Cuán efectivas son las PAE?

Las PAE son muy efectivas para reducir el riesgo del embarazo. Los estudios han demostrado que las PAE reducen el riesgo del embarazo cuando se toman hasta 120 horas después del coito sin protección, pero cuanto antes se ingieren las

ABORTO MÉDICO

¿Qué es el aborto médico?

El aborto médico consiste en el uso de medicamentos que pueden provocar un aborto. Actualmente hay dos fármacos disponibles en los EE.UU. para este fin, mifepristona y metotrexato. La mifepristona se puede tomar hasta 63 días después del primer día del último período menstrual, y el metotrexato se puede tomar hasta 49 días después del primer día del último período menstrual. Ambos se usan conjuntamente con misoprostol, que se toma después de la mifepristona o el metotrexato para completar el aborto (Creinin & Aubény, 1999; Schaff, 2000).

¿Cómo funcionan estos fármacos para el aborto médico?

La mifepristona termina el embarazo bloqueando las hormonas necesarias para que continúe el embarazo. El metotrexato detiene el crecimiento del embarazo en el útero. El misoprostol hace que el útero se contraiga y vacíe (Creinin & Aubény, 1999).

¿Cuán efectivo es el aborto médico?

Los abortos médicos son altamente efectivos para terminar los embarazos en sus primeras fases. Del 92 al 96 por ciento de las mujeres que toman el tratamiento de metotrexato tendrán un aborto completo. Del 96 al 97 por ciento de las mujeres

dosis, más efectivo será el tratamiento. Cuando se toman 72 horas después del coito sin protección, las PAE que contienen estrógeno y progestina, tales como Preven, reducen el riesgo del embarazo en un 75 por ciento. Dentro del mismo plazo, el tratamiento sólo de progestina, como por ejemplo el Plan B, reduce el riesgo del embarazo en un 89 por ciento. Cuando se toman dentro de las 24 horas del coito sin protección, se determinó que las PAE sólo de progestina reducen el riesgo del embarazo en un 95 por ciento (Rodrigues, *et al.*, 2001; TFPMFR, 1998; Van Look & Stewart, 1998).

¿Cuán seguras son las PAE?

Las PAE son seguras para casi todas las mujeres. Millones de mujeres en todo el mundo las han usado con seguridad (Guillebaud, 1998; Van Look & Stewart, 1998).

¿Causan las PAE un aborto?

Las PAE no inducirán un aborto en las mujeres que ya están embarazadas, ni afectarán al preembrion o embrión en desarrollo (Van Look & Stewart, 1998). La anticoncepción de emergencia evita el embarazo y ayuda a prevenir la necesidad de un aborto.

¿Por qué algunas mujeres eligen las PAE?

Las mujeres pueden usar las PAE como una manera de prevenir el embarazo después del coito sin protección, en casos de actividad sexual no anticipada, fallo del anticonceptivo o ataque sexual. Cerca de la mitad de los 6,3 millones de embarazos al año en los Estados Unidos son accidentales (AGI, 2000). El uso extendido de los anticonceptivos de emergencia puede prevenir aproximadamente 1,7 millones de embarazos no deseados y 800.000 abortos cada año (Glasier & Baird, 1998; Van Look & Stewart, 1998).

¿Tienen las PAE efectos secundarios?

Los efectos más comunes después del uso de las PAE parecen ser náuseas y vómitos. Las mujeres también pueden experimentar sensibilidad en los senos, fatiga, sangrado irregular, dolor abdominal, dolor de cabeza y mareos. Los efectos secundarios son menos frecuentes cuando se

que toman el tratamiento de mifepristona tendrán un aborto completo. El bajo porcentaje de casos en los que el aborto médico falla, se requerirá un procedimiento quirúrgico para terminar el embarazo (ACOG, 2001; Schaff, *et al.*, 2000).

¿Cuán seguro es el aborto médico?

El aborto médico es seguro para la mayoría de las mujeres. Millones de mujeres en todo el mundo se han hecho un aborto médico con seguridad (Creinin & Aubény, 1999).

¿Se pueden usar los medicamentos para el aborto médico para la anticoncepción de emergencia?

Aunque algunos estudios indican que la mifepristona se puede usar en dosis muy bajas para reducir el riesgo de un embarazo como método de anticoncepción de emergencia dentro de los cinco días del coito sin protección, la mifepristona no es una PAE aprobada en los EE.UU. actualmente (Ho, *et al.*, 2002; TFPMFR, 1999).

¿Por qué algunas mujeres eligen el aborto médico?

Las mujeres pueden elegir el aborto médico como una manera de terminar su embarazo que no implica un procedimiento quirúrgico y no requiere anestesia. Esta opción no con lleva el riesgo de lesión al cuello uterino o útero o la posibilidad de complicaciones de la anestesia relacionada con los procedimientos quirúrgicos (Aguillaume & Tyrer, 1995). Las mujeres que eligieron el aborto médico también indicaron que les pareció una forma más "natural" que el aborto quirúrgico (Winikoff, 1995).

¿Tiene efectos secundarios el aborto médico?

Los efectos secundarios más comunes después de un aborto médico son similares a los de un aborto espontáneo, dolor abdominal, sangrado y molestias gastrointestinales (Creining & Aubény, 1999).

usan PAE sólo de progestina que las PAE de hormonas combinadas (Van Look & Stewart, 1998).

¿Cuánto toma el proceso de tomar las PAE?

Las PAE se toman en dos dosis, con un lapso de 12 horas entre una y otra dosis (Van Look & Stewart, 1998).

¿Están satisfechas las mujeres que han tomado las PAE?

Una gran mayoría de las mujeres que han tomado las PAE están satisfechas con este método. Un estudio indicó que el 97 por ciento de aquellas que habían probado las PAE recomendaban el método a sus amigas y familiares (Harvey, *et al.*, 1999). Otro estudio determinó que el 92 por ciento de las mujeres que habían usado las PAE las volverían a usar en caso de una emergencia anticonceptiva (Breitbart, *et al.*, 1998).

¿Cuánto cuestan las PAE?

El precio de las PAE varía, pero por lo general es de \$20 a \$25 (OPR, n.d.).

¿Cuánto toma el proceso del aborto médico?

El aborto médico por lo general toma de tres días a una semana, pero algunas mujeres tardan hasta cuatro semanas en terminar su embarazo con éxito (ACOG, 2001).

¿Están satisfechas con este método las mujeres que se han hecho un aborto médico?

Una gran mayoría de las mujeres que eligen la opción del aborto médico están satisfechas con este método. Un estudio reciente indicó que el 97 por ciento de las mujeres que se hicieron un aborto médico recomendarían este método a una amiga. Además, el 91 por ciento de las mujeres indicó que volverían a elegir este método si tuvieran que hacerse otro aborto (Hollander, 2000).

¿Cuánto cuesta el aborto médico?

El precio de un aborto médico varía de \$350 a \$575. Esto incluye dos o tres visitas al consultorio, pruebas y exámenes (PPFA, 2001).

Referencias citadas

- ACOG — American College of Obstetricians and Gynecologists. (1998, July). *Statement on Contraceptive Methods*.
- _____. (2001, April). "Medical Management of Abortion." *ACOG Practice Bulletin*, 26, 1-13.
- AGI — Alan Guttmacher Institute. (2000, accessed 2002, July 22). *Facts in Brief: Contraceptive Use*. [Online]. http://www.agi-usa.org/pubs/fb_contr_use.html
- Aguillaume, Claude & Louise Tyrer. (1995). "Current Status and Future Projections on Use of RU-486." *Contemporary Ob/Gyn*, 40(6), 23-40.
- Breitbart, Vicki, *et al.* (1998). "The Impact of Patient Experience on Practice: The Acceptability of Emergency Contraceptive Pills in Inner-City Clinics." *Journal of the American Medical Women's Association*, 53(5 Supplement 2), 255-258.
- Creinin, Mitchell & Elizabeth Aubény. (1999). "Medical Abortion in Early Pregnancy." In Maureen Paul, *et al.*, Eds. *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. New York: Churchill Livingstone.
- DHHS — Department of Health and Human Services. (1978). *Code of Federal Regulations*. 45CFR46.203.
- FDA — Food and Drug Administration. (1997). "Prescription Drug Products; Certain Combined Oral Contraceptives for Use as Postcoital Emergency Contraception." *Federal Register*, 62(37), 8609-8612.
- "FDA Approves Progestin-Only Emergency Contraception." (1999). *The Contraception Report*, 10(5), 8-10 & 16.
- Glasier, Anna & David Baird. (1998). "The Effects of Self-Administering Emergency Contraception." *The New England Journal of Medicine*, 339(1), 1-4.
- Guillebaud, John. (1998). "Commentary: Time for Emergency Contraception with Levonorgestrel Alone." *The Lancet*, 352(9126), 416.

- Harvey, S. Marie, *et al.* (1999). "Women's Experience and Satisfaction with Emergency Contraception." *Family Planning Perspectives*, 31(5), 237-240 & 260.
- Ho, Pak Chung, *et al.* (2002). "Mifepristone: Contraceptive and Non-Contraceptive Uses." *Current Opinions in Obstetrics & Gynecology*, 14(3), 325-330.
- Hollander, Dore. (2000). "Most Abortion Patients View Their Experience Favorably, But Medical Abortion Gets a Higher Rating than Surgical." *Family Planning Perspectives*, 32(5), 264.
- Hughes, Edward, Ed. (1972). *Obstetric-Gynecologic Terminology*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- "Make the Distinction: EC Prevents Pregnancy." (2001). *Contraceptive Technology Update*, 22(1), 4.
- Marions, Lena, *et al.* (2002). "Emergency Contraception with Mifepristone and Levonorgestrel: Mechanism of Action." *Obstetrics and Gynecology*, 100(1), 65-71.
- OPR — Office of Population Research, Princeton University. (n.d., accessed (2001, August 22). *Questions about Emergency Contraception* [Online]. <http://ec.princeton.edu/questions/eccost.html>
- PPFA — Planned Parenthood Federation of America. (2001, accessed August 22). *Medical Abortion — Questions and Answers* [Online]. http://www.plannedparenthood.org/library/facts/medabort_fact.html
- Rodrigues, Isabel, *et al.* (2001). "Effectiveness of Emergency Contraceptive Pills Between 72 and 120 Hours After Unprotected Sexual Intercourse." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(4), 531-537.
- Schaff, Eric, *et al.* (2000). "Low-Dose Mifepristone Followed by Vaginal Misoprostol at 48 Hours for Abortion up to 63 Days." *Contraception*, 61(1), 41-6.
- TFPMFR — Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. (1998). "Randomised Controlled Trial of Levonorgestrel Versus the Yuzpe Regimen of Combined Oral Contraceptives for Emergency Contraception." *The Lancet*, 352(9126), 428-433.
- _____. (1999). "Comparison of Three Single Doses of Mifepristone as Emergency Contraception: A Randomised Trial." *The Lancet*, 353(9154), 697-702.
- Van Look, Paul & Felicia Stewart. (1998). "Emergency Contraception." In Robert A. Hatcher *et al.*, Eds. *Contraception Technology*, 17th edition. New York: Ardent Media.
- Winikoff, Beverly. (1995). "Acceptability of Medical Abortion in Early Pregnancy." *Family Planning Perspectives*, 27(4), 142- 148 & 185, 199.
-

Contactos con los medios de comunicación

New York:212-261-4660

Washington, DC: 202-785-3351

Contacto de política pública

Washington, DC: 202-785-3351

Informe

Publicado por la Biblioteca Katharine Dexter McCormick Library

Planned Parenthood Federation of America

810 Seventh Avenue, New York, NY 10019

212-261-4779

Actual desde agosto 2002

For medical questions, or to schedule an appointment with the nearest Planned Parenthood center, call toll-free **1-800-230-PLAN**.

For more information, please read our [Frequently Asked Questions](#).

PPFA Web site © 1998 - 2004 Planned Parenthood® Federation of America, Inc.

Use of this site signifies your agreement to our [terms of use](#) and [privacy statement](#).

<http://www.encuentra.com/includes/documento.php?ldDoc=1491&ldSec=266>

ANEXO 21. -

¿EMBARAZADOS?

Contesta sinceramente las siguientes cuestiones y espera las instrucciones del coordinador.



*¿Te sientes preparado para afrontar un embarazo? _____
¿Por qué? _____

*¿Crees que podrías evitar embarazarte cuando tú lo desees? _____
¿Cómo? _____

*¿Cuáles son las ventajas que encontrarías al embarazarte o de tener un hijo?

*¿Qué desventajas tendría el tenerlo? _____

*¿Qué ventajas tendría el practicar un aborto? _____

*¿Qué desventajas tendría el practicar un aborto? _____

*¿Cómo ayudarías a evitar que alguien de tu edad quedará embarazada si sabes que no tiene noción de sus implicaciones? _____

Marca en el recuadro que de acuerdo a lo revisado conteste a la pregunta planteada y a continuación da una breve explicación o justificación (información) del porqué de tu respuesta.

PREGUNTAS	SI	NO	¿POR QUÉ?
1.- ¿Los grupos de alto riesgo (prostitutas y gays) son los únicos que se encuentran expuestos a un contagio de ITS?			
2.- ¿El VIH/SIDA, herpes, sífilis y hepatitis se pueden curar con algunas vacunas o tratamientos?			
3.- Aún si sólo tienes una pareja sexual ¿puede ser posible que te encuentres expuesto a un contagio de ITS?			
4.- ¿Deben crearse cafeterías, baños e instituciones (escuelas, hospitales, trabajos) exclusivos para las personas con SIDA; para no poner en riesgo la salud de los demás?			
5.- ¿Haz contemplado las consecuencias de tener relaciones sexuales espontáneas sin protección? Si contestas SI menciona al menos 3 consecuencias y si contestas NO, menciona el porqué			
6.- ¿La práctica del sexo oral previene el contagio de infecciones de transmisión sexual?			
7.- ¿Las personas portadoras de alguna ITS pertenecen a niveles socioeconómicos bajos?			
8.- Hace unos días me salió un granito en la vagina, pero después se me quitó ¿tengo que ir al médico?			
9.- ¿El uso del condón evita el contagio de Infecciones como el herpes, sífilis, el virus del papiloma humano, VIH?			
10.- ¿Puedes darte cuenta a simple vista o con un contacto superficial si una persona está infestada de alguna ITS?			

El cuestionario *SI* o *NO* se califica de la siguiente manera: Se tomará como acierto aquella respuesta que corresponda con el formato SI- No, como se indica en seguida. En cuanto a las respuestas del ¿Por qué?, se considerará como aciertos aquellas que se relacionen con la explicación presentada en este formato, en el ítem 5 deberá reportar al menos 2 respuestas correctas para considerarse como acierto. Posteriormente se sumará el número de aciertos, para dividirlos entre dos y así obtener el puntaje de conocimientos

PREGUNTAS	SI	NO	¿POR QUÉ?
1.- ¿Los grupos de alto riesgo (prostitutas y gays) son los únicos que se encuentran expuestos a un contagio de ITS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	También las demás personas pueden estar expuestos si no utilizan las medidas de prevención necesarias.
2.- ¿El VIH/SIDA, herpes, sífilis y hepatitis se pueden curar con algunas vacunas o tratamientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aún no se ha desarrollado una cura para ello, los tratamientos que existen son para que las personas tengan una mejor calidad de vida.
3.- Aún si sólo tienes una pareja sexual ¿puede ser posible que te encuentres expuesto a un contagio de ITS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, porque puede ser que tu pareja si haya tenido relaciones sexuales con otra persona y tu no lo sepas.
4.- ¿Deben crearse cafeterías, baños e instituciones (escuelas, hospitales, trabajos) exclusivos para las personas con SIDA; para no poner en riesgo la salud de los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No, pues éstos lugares no son medios de contagio. Las vías de contagio son por vía sexual, perinatal o por transfusión sanguínea.
5.- ¿Haz contemplado las consecuencias de tener relaciones sexuales espontáneas sin protección?. Si contestas SI menciona al menos 3 consecuencias y si contestas NO menciona el porqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> - El contagio del VIH - Un embarazo no planeado - El contagio del papiloma H. - EL contagio de cualquier ITS
6.- ¿La práctica del sexo oral previene el contagio de infecciones de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El contacto de la boca con las secreciones genitales y con la piel, son conductores de bacterias y virus.
7.- ¿Las personas portadoras de alguna ITS pertenecen a niveles socioeconómicos bajos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Las ITS no son exclusivas de algún estrato o nivel socioeconómico, cualquier persona puede tener una ITS
8.- Hace unos días me salió un granito en la vagina, pero después se me quitó tengo que ir al médico?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si, ya que es un indicador de que algo está pasando en el cuerpo y puede ser alguna infección que debe tratarse para que no traiga consecuencias fatales
9.- ¿El uso del condón evita el contagio de Infecciones como el herpes, sífilis, el virus del papiloma humano, VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es un método diseñado para ello, siempre y cuando se utilice correctamente
10.- ¿Puedes darte cuenta a simple vista o con un contacto superficial si una persona esta infectada de alguna ITS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No porque muchas personas no presentan síntomas y sin embargo las tienen.

ANEXO 23. "MIS POSIBLES REACCIONES ANTE LOS HOMOSEXUALES"

A continuación se te presenta una lista de posibles situaciones donde están presentes homosexuales -gays o lesbianas- escribe delante de ellas el (los) número (s) que de acuerdo con las siguientes opciones serían tus posibles reacciones.

1.-Me voy: Porque no me gusta estar entre éstas personas o verlas, me pongo nervioso

2.- Me quedo: Para escuchar, ver lo que hacen, ver si los conozco.

3.- Me quedo y continuo con lo que estaba haciendo, sin que el centro de mi atención sea esa (s) persona (s)

4.-Me quedo e inicio una conversación sin que yo establezca como tema central su orientación sexual


Situaciones	Mis posibles reacciones
Escucho hablar de que 2 personas que yo conozco son homosexuales y pareja	
En la T.V. veo un programa donde salen personas homosexuales	
En el camión se suben dos chicos abrazadas	
En el camión se suben dos chicas abrazadas	
Junto a mí se sientan a platicar tomados de la mano dos chicos	
Junto a mí se sientan a platicar tomados de la mano dos chicas	
Junto a mí están dos chicos besándose	
Junto a mí están dos chicas besándose	
Un homosexual del sexo opuesto al mío me dirige la palabra para conversar y conocerlo	
Un homosexual de mi mismo sexo me dirige la palabra para conversar y conocerlo	
Un homosexual del sexo opuesto me abraza y no lo conozco	
Un homosexual de mi mismo sexo me abraza y no lo conozco	
Tengo que saludar a un homosexual del sexo opuesto	
Tengo que saludar a un homosexual del mismo sexo	
Si tu pareja te llegará a engañar ¿Con quién preferirías que fuera, con alguno de su mismo sexo a alguien del sexo opuesto?	

Algunas preguntas para la dinámica del juego de botella “Alternativas sexuales”

- La zoofilia, necrofilia, homosexualidad, transvestismo, ¿Son conductas sexuales perversas?.
- A tu parecer, ¿cuál o cuales conductas sexuales deberían estar penadas por la ley?.
- Una relación sexual correcta es en la que el coito solamente consiste en pene-vagina.
- Cuando mi pareja y yo tenemos un encuentros sexual, solemos llevara a cabo distintas prácticas durante el acto, cómo sexo oral, a veces hago que se vista de mujer o nos golpeamos porque nos gusta, ¿Entonces somos sadomasoquistas, transvestis o qué?.
- Durante el acto sexual, con mi pareja ocasionalmente suelo imaginar que es otra persona, ¿Tendría que ir a una terapia sexual?.

ANEXO 25.-

MI OPINIÓN

MI OPINIÓN SOBRE EL TALLER DE SEXUALIDAD 

☞ DINÁMICAS

☞ COORDINADOR (RES)

☞ TEMAS

☞ MI MANUAL

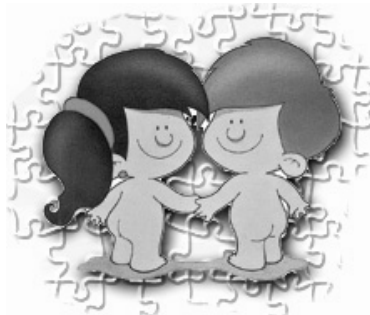
ANEXOS TRIPÉDICOS

Hoy en día, las conversaciones sobre el sexo siguen envueltas en mitos que muestran la escasa y falsa información que imperan en nuestra sociedad sobre el tema, logrando:

- Confundir y mal informar a la gente
- Perjudicar la salud
- Ocasionando problemas en las relaciones de pareja
- Formar estereotipos y prejuicios
- Embarazos no deseados.
- Entre otras cosas.

¿Qué es la sexualidad?

Es como una fuerza primaria en la vida que implica procesos fisiológicos y psicológicos; para definirse socialmente como hombre o mujer.



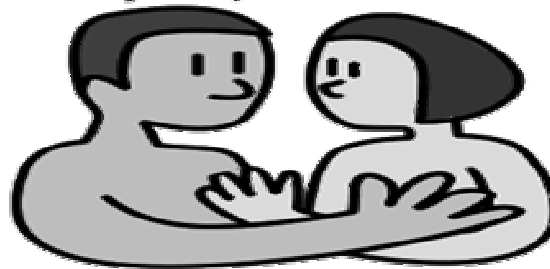
Es la forma de cómo pensamos, sentimos y expresamos nuestro género, órganos sexuales, cuerpo, auto-imagen, elecciones y preferencias.

La sexualidad está presente en la cotidianidad de nuestras relaciones.

Es interpretada, regulada, enseñada, aprendida e instrumentalizada de una forma institucionalizada (familia, iglesia, escuela) y sistematizada.



sexualidad,
relaciones humanas,
ocio y tiempo libre



¿Conoces tu cuerpo?

Es sumamente importante que conozcas tu cuerpo, que le brindes atención y cuidados, en especial a tus genitales.

¿Alguna vez has explorado tu cuerpo ?

Sabías que al autoexplorarse consecutivamente uno puede:

- Conocerse, ver qué cosas le parecen, que cosas no, de saber lo que ocurre en su cuerpo.
- Sensibilizar su cuerpo.
- Detectar enfermedades oportunamente.
- Podrán darse cuenta fácilmente de lo que ocurre en el cuerpo, de los cambios que sufre, gradualmente
- Genera mayor interés en el autoconocimiento corporal, en aceptarlo.
- Mayor interés por de quienes están a su alrededor.

Existen diferentes técnicas las cuales te pueden ayudar a hacerlo, algunas de ellas se encuentran en el Manual.

Elaborado por:
Ψ Solano Claudio Rosa

TALLER DE SEXUALIDAD

*Nuestra Educación Sexual no se inició
desde la infancia*

*¡Prácticas y verás como te
ayudará!*

Es importante que tú difundas a quienes no saben acerca de éstos temas y si tienen dudas, es indispensable que inicien sin prejuicios la búsqueda de aquello que les inquieta.

Apóyate en las referencias citadas en este material y en el manual sobre Instituciones de Salud, información Bibliográfica, Vía Internet, telefónica (de joven a joven, diversitel) y también en profesores, médicos, psicólogos, entre otros.

Checa las siguientes direcciones:

Abcmedicus (2002). Sexualidad. desde
<http://abcmedicus.com/articulo/pacientes/1/id/115/pagina/2/sexualidad.htm>

Biblioteca Virtual en salud. Desde:
<http://www.adolec.org.mx>

Comisión de Derechos Humanos. T/52295600.

Consejo de la Juventud de España. Desde:
<http://www.cje.org>

Crecer con más seguridad (2005). Desde:
<http://crecer.tamaulipas.gob.mx>

Grupo de Información de Reproducción Elegida, A.C. (2003). Desde:
<http://www.gire.org.mx>

Instituto Mexicano de la Juventud. Desde:
<http://imjuventud.gob.mx/main/asp>

La primera librería especializada en sexualidad en América Latina. Desde:
<http://www.elarmarioabierto.com/>

Telsida (VIH/sida, ITS y sexualidad) 5666-7432 / 01(800)712-0889 / 01(800)712-0886.



Bueno... ya nos quitamos la ropa y ya estoy encima de ti... cuánto tiempo debe pasar para que tengamos un orgasmo??

No tengo ni idea.. Pero lo que sí se es que ahora entiendo a mamá y sus dolores de cabeza.

...”Pero es tiempo de recibirla...”

La virginidad, en especial la femenina, está sometida a una serie de restricciones, costumbres y ceremonias, vinculadas a otros mitos de la sexualidad.



Regularmente la mujeres suelen referir la virginidad como el hecho de tener himen, el cual se romperá y sangrará cuando tenga su primera relación coital.

En el caso de los hombres la virginidad suele estar supeditada al hecho de no haber tenido relaciones sexuales, puesto que con frecuencia en su niñez son sometidos a la circuncisión.

¿El himen?

El himen es una membrana que puede ser más o menos gruesa u elástica, que se encuentra en la entrada de la vagina.

La mayoría de ellos himen permite el paso de un dedo, pero no el acceso al pene erecto sin que se rompa. Algunos son muy flexibles y resisten el acto sexual, otros son tal frágiles que pueden romperse accidentalmente; por lo cual no se puede asegurar o confiar en que la existencia del

himen y sangrado indique virginidad en las mujeres



“Tener o no tener íntegra dicha membrana, no equivale a ser o no ser virgen”

¿Se puede recuperar la virginidad?

La himenoplastia es un procedimiento quirúrgico que reconstruye los tejidos del himen y promete “devolver la virginidad” a quien lo solicita, sin embargo, tiene efectos psicológicos secundarios, pues la mujer misma se engaña, miente y finge a su pareja una supuesta virginidad, lo cual le provoca remordimientos y obstáculos para mantener una buena comunicación y relación con su pareja, a quien probablemente no le interesa si conserva el himen o no.

La diferencia en la manera de significar el tener himen o no, llega a determinar la vida de muchas mujeres en todo el mundo.

¿Y entonces qué con la Virginidad?

La virginidad no es un estado físico notorio, aparentemente

demostrable por una indiscutible presencia anatómica, sino más bien es un estado moral y cultural que tiene la finalidad de regular la actividad sexual de la mujer.

Checa las siguientes direcciones:

Amuchastegui, A. (2001). Virginidad e iniciación sexual en México: Experiencias y significados. Desde <http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/sexualidad/texto3.htm>

Centro de ayuda para la mujer. T/52601719.

Ferrer, C. (2003). La verdad sobre la virginidad. Desde <http://www.univision.com/content/content.jhtml?cid=202245&pagenum=1>

Inteliviven.com-Venezuela, (2001). Sexualidad. Desde <http://inteliven.com/sexualidad/41.asp>

Saptel (Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono) T/ 5395-0660. Las 24 hrs.

Victimatel (Orientación a víctimas de violencia) 5575-5461. Las 24 hrs.

Elaborado por:
Ψ SOLANO CLAUDIO ROSA

VIRGINIDAD



Aquella persona hombre o mujer que pierde su capacidad de decisión sobre cualquier aspecto de su vida; sobre todo de su cuerpo y su sexualidad, ha perdido algunos de sus derechos fundamentales...

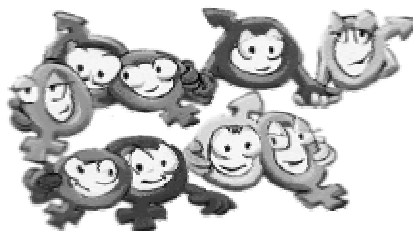
Al hablar de masturbación se suele usar como sinónimo autoestimulación o automanipulación.



Desafortunadamente la sociedad actual impide hablar acerca de la masturbación por prejuicios y creencias erróneas; provocando sentimientos de culpabilidad y ansiedad a quienes lo practican o piensan .

¿La masturbación es una práctica limitada y casi exclusiva a los hombres o es un hábito propio de las personas jóvenes e inmaduras y que ambos sexos les conduce a la homosexualidad?

La masturbación es un acto universal característico de varones, mujeres; adolescentes, niños, adultos, homosexuales casados, solteros...



De niños, muchas personas comienzan a curiosear sus genitales. En la adolescencia suele continuar tal práctica y después cuando está con una pareja, dentro del juego erótico la masturbación mutua suele ser parte de .



¿La masturbación en el hombre o en la mujer es señal de que algo no va bien en su sexualidad y que es un sustituto defectuoso de la cópula?

Aún cuando una persona se masturbe individualmente y tenga relaciones sexuales con otra, no necesariamente significa que su pareja no le este dando el suficiente placer o que no le llene sus expectativas; sino que a veces es necesario experimentar el placer de forma diferente.

¿La masturbación durante la pubertad disminuye la potencia sexual en el hombre adulto?

El masturbarse mucho o poco en edad joven no tendrá nada que ver con la potencia sexual.

¿La masturbación es físicamente dañina y disminuye la potencia sexual?

Al contrario, cuando una mujer tiene dificultad para llegar al orgasmo con su pareja; el aprender la forma de masturbarse hasta llegar al orgasmo puede ser un primer paso para vencer tal dificultad.

La masturbación es una acción normal y tiene **ventajas:**

- Conocimiento del como proporcionarse placer a si mismo
 - Conocimiento para enseñarle a la pareja aquello que le gusta y cómo le gusta
 - En los hombres para hacer que dure su erección durante el acto sexual
 - Para no eyacular precozmente
- Entre las **desventajas** se encuentra:
- La persona presenta placer sólo ante ciertos estímulos (únicos) y cuando su pareja quiere que experimente otra cosa, ella no quiere o no percibe el placer deseado.
 - Sentimientos de culpabilidad de suciedad al ejercerla .
 - Hay personas que dejan de hacer otro tipo de actividades por estar continuamente masturbándose.
 - Se puede perder el control al practicarla

Checa las siguientes direcciones:

La primera librería especializada en sexualidad en América Latina. Desde <http://www.elarmarioabierto.com/>

Inteliviven.com-Venezuela, (2001). Sexualidad. Desde <http://inteliven.com/sexualidad/41.asp>

López, P. (2003). Mitos sexuales. Desde <http://www.es.geocites.com/textoyarticulos/sxll.htm>

Sexo-sexualidad (2000). Masturbación. Desde <http://www.tnrelaciones.com/anexo/sexo/masturbacion.html>

De Joven a Joven (Orientación sobre salud sexual a jóvenes) T/ 5658-1111 ext. De joven a joven. Las 24 hrs.

CIES ahora Celsam (Orientación sobre sexualidad). T/ 5627-7090 al 91. Lunes a viernes de 9:00 a 19:00 hrs.

S.O.S. UNAM (Sólo universitarios/orientación y apoyo psicológico) T/ 5622-0020.

Elaborado por:
Ψ SOLANO CLAUDIO ROSA
*La decisión de práctica es tuya,
pero tampoco juzgues sin
saber*



MASTURBACIÓN



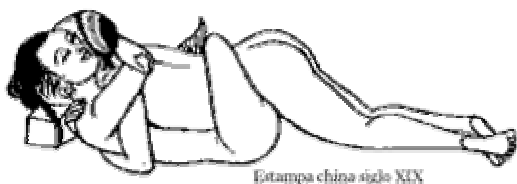
¿QUÉ ES?

Es la manipulación de los genitales con el fin de sentir placer, la pueden realizar tanto hombres como mujeres.

¿Qué es el orgasmo?

* Biológicamente, se refiere a la respuesta sexual tanto femenina como masculina. Tal respuesta pasa por 3 fases:

- + de deseo
- + de excitación
- + de orgasmo



* ¿Y qué más?

Se ha definido como una respuesta casi convulsionante, aliviadora de tensión, muy placentera, que constituye la cima de satisfacción emocional y física en la actividad sexual.

El orgasmo es una **experiencia individual**, lo podrás identificar y definir a partir de las sensaciones y/o emociones que tengas en el momento.

¿Cuánto tiempo dura?

Aproximadamente de tres a diez segundos y posee una intensidad que muchos encuentran difícil de entender. Además, la intensidad, duración y placer total, varían de un coito a otro.



Un orgasmo prolongado es una respuesta orgásmica que se retarda y dura de veinte segundos hasta un minuto.

Hombres y mujeres somos capaces de experimentar orgasmos múltiples. Siempre y cuando se continúe con la estimulación que originó el primero estimulando.

Los hombres que tienen un segundo orgasmo poco después del

primero mencionan que éste implica un placer superior.

¿ Es verdad qué . . . ?

¿No llegar al orgasmo puede producir molestias, dolor o cáncer?

No existe evidencia alguna que compruebe lo anterior

¿Es cierto que no se puede llegar al orgasmo sin coito?

Si, se puede llegar al orgasmo ya sea en el acto coital, a través de de la masturbación individual o en pareja y también, estimulando otras partes del cuerpo, sin embargo, no todas las personas lo experimentan en tales situaciones.

¿Sólo se puede llegar al orgasmo cuando se encuentra al hombre y/o mujer adecuado (a) ?

No es una condición encontrar al hombre adecuado (según tus expectativas) para tener un orgasmo, aunque si puede favorecer la relación sexual. Ni siquiera es necesario tener una pareja para experimentarlo.



¿La mujer sólo puede tener un orgasmo si se le estimula el punto G?

El orgasmo, tanto femenino como masculino, no puede ni debe caracterizarse por regiones específicas, dado que todo el organismo: física y sensorialmente entra en juego como fuente generadora de la respuesta que libera tensión y energía sexual.

¿ Se debe tener una pareja del sexo opuesto par poder experimentar un orgasmo?

No necesariamente, también los homosexuales lo experimentan. Las lesbianas son más susceptibles a alcanzar el orgasmo que las mujeres heterosexuales y son dos veces más aptas para alcanzar orgasmos múltiples en cada encuentro sexual.

¿ El orgasmo masculino es sinónimo de eyaculación ?

La eyaculación y el orgasmo son dos procesos separados; algunos hombres experimentan el orgasmo sin haber eyaculado, algunos tienen varios orgasmos antes de llegar a la eyaculación y otros pueden llegar a la eyaculación sin haber tenido orgasmo.

Checa las siguientes direcciones:

Sexo-sexualidad (2000). Orgasmo. Desde <http://www.tnrelaciones.com/anexo/orgasmo/index.html>

Monroy, A. (2002). Salud y Sexualidad en la adolescencia y juventud. México: Pax México.

Fallas, H. y Ververde, O. (2000). Sexualidad y salud sexual y Reproducción en la Adolescencia: modulo de capacitación para personas de la Salud. Desde <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/reproductiva/htm>

S.O.S. UNAM (Sólo universitarios/orientación y apoyo psicológico). T/ 5622-0020. Lunes a viernes de 9:00 a 17:00 hrs.

Elaborado por:
Ψ ROSA SOLANO CLAUDIO

ORGASMO



Manual del coordinador

LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Son reguladores de la fertilidad, también son métodos (algunos) para reducir el riesgo de contagio de alguna infección de transmisión sexual



Es importante que cuando elijas (n) un anticonceptivo...

- ✂ Lo hagas a partir de la consulta y revisión del médico o ginecólogo
- ✂ De ser posible elígelo de común acuerdo con tu pareja
- ✂ Planteen (a) sus (tus) dudas
- ✂ Sigue la indicaciones del especialista

A partir de que comienzas a utilizarlo...

- ✂ Acudir al médico para que te (les) de las indicaciones y revisiones correspondientes
- ✂ Estar pendiente de los cambios fisiológicos y emocionales a partir de la utilización de alguno de ellos

Solano Claudio Rosa

✂ Cambiar de método cuando sea el caso y lo indique el especialista

Checa las siguientes direcciones:

De la Cruz, C. (2002). Situaciones embarazosas: claves para situarse y prevenir embarazos no deseados. Desde <http://cje.org/publicaciones.nsf/ef2e05c02233e9fd125692b00>

El encanto del condón. En Sor Juana Inés de la Cruz No. 230, Local 4, esquina Lauro Aguirre. Col. Santo Tomás.

El armario abierto. Desde <http://www.tnrelaciones.com/anexo/sexo/metodos.html>

La condonería, en Tuxpan 2, piso 10, despacho 1005. Col. Roma Sur. T/55745309.

Sexo con seso (n.f.). Métodos anticonceptivos (Folleto). Desde <http://www.sexocoseso.com.mx>

Saptel (Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono) T/ 5395-0660. Las 24 hrs.

Elaborado por:

Ψ SOLANO CLAUDIO

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Toda persona tiene derecho a elegir un método anticonceptivo y preventivo de ITS. Existen instituciones que te deben dar información y proporcionártelos.

MÉTODO	EFFECTIVIDAD	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Interrupción del coito (marcha atrás)	Método natural 75% - 80%	No necesita preparación previa ni adicional; sin efectos secundarios.	Interfiere en el coito, puede ser difícil de emplear con efectividad. No protege del VIH/SIDA.
Método del calendario Basal y ritmo,	M. natural 75% - 80%	Son métodos temporales, sin efectos secundarios en la salud	Difícil de usar, sobre todo si los ciclos menstruales son irregulares, como sucede en las mujeres jóvenes. La abstinencia sexual es durante largos periodos. No protege del VIH/SIDA.
Pildora anticonceptiva norma	Método químico hormonal 97% - 98%	Muy efectiva en la prevención del embarazo, no interfiere en el coito, regula ciclos menstruales, reduce las hemorragias y dolores de la menstruación, protege contra el cáncer de ovarios y endometrio	Debe tomarse todos los días, necesita un control periódico, puede tener efectos secundarios, como náuseas o problemas circulatorios e hipertensión. No previene el VIH/SIDA y otras ITS.
Pildora anticonceptiva de emergencia Post-coital	Método químico hormonal	La eficacia es del 99%, sobre todo si su ingesta es más próxima al momento del coito. Pasadas las 72 horas después del coito, su uso ya no está recomendado y ni se prescribe.	No previene de las ITS y del VIH/SIDA.
Parches	Método químico hormonal 99%	Evita los olvidos y también la medicación diaria. Evita los embarazos no deseados, se aplica una vez por semana.	Pueden provocar dolor abdominal, náuseas, vómito, diarrea, síntomas en el pecho, dolor abdominal e irritación en la zona donde se pega. No protegen de las ITS
Inyecciones	Método químico hormonal 95-99%	Efectividad del 99%, aplicable de forma trimestral, bimenstrual y mensual.	Cáncer mamario, tumoración hepática, administración crónica de anticonvulsivos
Espermaticida	Método químico 80% - 90%	Sin riesgos para la salud; protege contra algunas ITS.	Se aplica de 5 a 30 minutos antes del coito, sólo son efectivos por un tiempo de 30 a 60 minutos, por lo cual, algunas mujeres pueden encontrar su uso incómodo. No protege del VIH/SIDA.
Esponja anticonceptiva	M. químico 75% - 90%	Efectiva durante 24h. E inmediatamente después de su inserción, puede proteger contra algunas ITS	Deben humedecerse antes de su inserción, pueden causar irritación vaginal a algunas mujeres, a veces resulta difícil introducirla o extraerla
Condón o preservativo	M. mecánico 80 - 90% su efectividad es mucho mayor cuando se utiliza con espermicidas	Fácil uso, barato, sin riesgos para la salud, protección muy efectiva contra algunas ITS, pueden proteger del cáncer cervical y del VIH	Se coloca antes del coito, algunos hombres y mujeres se quejan de perder sensibilidad, necesidad de retirar el pene de la vagina cuando aquel todavía esta en erección. A algunos hombres les irrita el látex.
Diafragma con espermicida	M. mecánico 80% - 90%	Sin riesgos para la salud, protege contra algunas ITS y cáncer de cuello	Se introduce con espuma o alguna gelatina antes del coito y no se puede retirar hasta después de 6 h. Después, debe adaptarlo un especialista, son incómodos para limpiar, llevar y conservar.
DIU	Método mecánico 95% - 98%	Muy efectiva en la prevención del embarazo, no interfiere en el coito, es muy necesaria la visita periódica al especialista (ginecólogo).	No está recomendado en las mujeres que no han tenido hijos, al introducirlo el especialista, puede causar hemorragias. Además la mujer se vuelve más propensa a infecciones, dolores y trastornos de la regla, validez limitada. No protege del VIH/SIDA.
Ligadura (salping)	Método quirúrgico 99,96%	Permanente, elimina el miedo a embarazarse, no hay riesgos o efectos secundarios para la salud	Irreversibilidad; es decir, después de ser intervenidas existe la posibilidad de no poder tener hijos. No protege del VIH/SIDA y otras ITS.
Vasectomía	M. Quirúrgico 99,85%	Método Permanente, elimina miedos por dejar embarazada a la mujer, no hay efectos secundarios en la salud	Irreversibilidad; es decir, después de ser intervenidos existe la posibilidad de no concebir hijos. No protege de VIH/ Sida y de otras ITS.

◆¿Porqué ocurre un embarazo? ◆

Por factores, cómo:

FACTORES FAMILIARES: una familia disfuncional, madre o hermana con embarazo en la adolescencia, padre ausente, rigidez en las normas.

FACTORES INDIVIDUALES: baja autoestima, desco-nocimiento sexual y preven-tivo, uso de sustancias psicoactivas, dificultad para ser asertiva.

FACTORES SOCIALES: presión de la pareja y amigas, mitos y tabúes en sexualidad, carencia de opciones para ocupar el tiempo libre, machismo.



QUE AUNADO

AL POCO CONOCIMIENTO SOBRE EL USO CORRECTO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, DETERMINAN QUE LA ADOLESCENTE NO SE PROTEJA NI SEA PROTEGIDA

POR SU PAREJA

Otras causas se refieren a cuando las jóvenes quedan embarazadas por: la violación (por un desconocido, conocido o por incesto).



Regularmente, cuando se trata de una relación amorosa entre dos seres suficientemente maduras para contemplar en conjunto su futuro; el joven acepta plenamente sus responsabilidades de padre y a veces, aunque un poco apresurado por el embarazo contraen matrimonio.

El embarazo en la adolescente tiene implicaciones que afectan la vida de la joven:

BIOLÓGICAS:

- Interrupción y no conclusión del crecimiento o desarrollo físico; por ejemplo la cadera.
- El sistema inmunológico se deprime.
- La necesidad de descanso y de dormir aumentan.

PSICOLÓGICAS:

- Asumir las diferentes modificaciones en su imagen corporal.
- Alteración y vulnerabilidad en el estado emocional.
- Negación para alumbrar y educar tempranamente a un niño.
- Asumir la función de *tener que ser adulta siendo aún una niña, de ser madre antes de ser mujer.*

SOCIALES:

- Enfrentar el rechazo social
- Enfrentar muchas condiciones desfavorables-crisis económica- y círculos de inadaptación.
- Desertar de la escuela.
- Buscar trabajo o estar desempleada.
- Estar al pendiente de su hijo: cuando nace, cómo crece, si se enferma, estar al pendiente de la vacunación, entre otras cosas.

¿Que opciones tiene la pareja o joven embarazada? ◆

- ◆ Continuar con el embarazo
- ⊗ Sin atención prenatal
- ⊙ Con atención prenatal.



◆ No llevar a termino el embarazo: **ABORTAR.**

◆¿QUE ES UN ABORTO?◆

Es cuando un embarazo se interrumpe antes de que el bebé pueda sobrevivir fuera del útero (antes de la semana 20). Y se lleva a cabo en:



⊗ **CONDICIONES INADECUADAS.** Con altas probabilidades de presentar Hemorragia, Infecciones, Histerectomía, Muerte Materna

⊙ **CONDICIONES ADECUADAS.** Corriendo el riesgo de que la ley los penalice.



◆ **¿Cómo prevenir un embarazo que no se desea por el momento?**

□ Educación Sexual, □ Conocer el Ciclo menstrual e identificar los días de mayor riesgo de embarazo, □ la abstinencia, □ sexo más seguro, □ coito protegido, □ uso correcto y consistente del condón.

◆ **¡Quiero a mi bebé!, ¿Con quién acudo?**

El apoyo de todos, permite a la adolescente, llevar a feliz término su gestación.

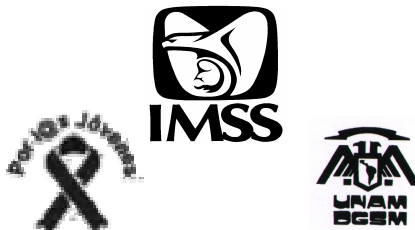
✍ **LA PAREJA** Debe asumir que el embarazo es responsabilidad de los dos y es aconsejable que el varón asista a consulta prenatal.

✍ **LA FAMILIA** Debe crear un ambiente de confianza para que la adolescente les confíe sus problemas. Un lugar donde no se les reprenda, sino donde se les escuche y ayude.

✍ **LA ESCUELA** Debe permitir que la adolescente embarazada continúe sus estudios si ese es su deseo.

✍ **LAS INSTITUCIONES DE SALUD** Deben brindar atención prenatal oportuna y de buena calidad a toda adolescente embarazada.

¡No hay motivo para negarlo, es un derecho!



Checa las siguientes direcciones:

Ave de México. En: Tuxpan 2, piso 10, Col. Roma, entre Baja California y Tlaxcala. T/55742891.

Consejo de la Juventud de España. Desde: <http://www.cje.org>

Infanzón, M. (2004). *La mujer y los efectos sociales y psicológicos del aborto.* Desde <http://www.bibliojuridica.org/libros/1/404/21.pdf>

Victimatel (Orientación a víctimas de violencia) T/ 5575-5461. Las 24 hrs.

Elaborado por:

Ψ SOLANO CLAUDIO ROSA

EMBARAZO Y ABORTO

¿Embarazarme ahorita?



Un embarazo en la adolescencia implica una gran responsabilidad.

“MAS VALE PREVENIR...
! QUE BAUTIZAR !”

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son adquiridas frecuentemente por los jóvenes.



¿Cómo se adquiere?

- * Por una relación coital desprotegida.
con una persona infectada.
- * Por una transfusión o por utilizar
agujas con sangre contaminada.
- * Una madre infecta a su hijo durante el embarazo, parto o lactancia.

Además, los jóvenes generalmente carecen de habilidades asertivas que de alguna manera les impide tomar la decisión de buscar información y

de utilizar un método preventivo de ITS.

FACTORES DE RIESGO:

- Iniciar la vida sexual precozmente.
- Utilizar anticonceptivos orales en lugar del condón, Pensar que a ellos no les va a pasar, o que se curan fácilmente.

LAS ETS MAS FRECUENTES

Condilomatosis, Hepatitis B, VIH/SIDA, Gonorrea, Sífilis, Candidiasis genital, Tricomoniasis genital.

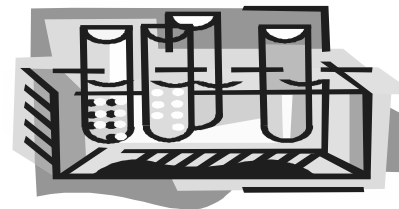
QUE FAVORECE LA ADQUISICIÓN DE LAS ITS:

El embarazo, uso indiscriminado de antibioticos, de anticonceptivos orales, de ropa interior hecha de fibras sintéticas o de ropa muy ajustada, uso de toallas, sábanas o ropa íntima contaminada y no haberse protegido con el condón en cada relación sexual.

¿Como saber si se está infectado?

Aunque algunas infecciones no causan molestia durante muchos años, en ocasiones aparecen molestias que pueden desaparecer y la

persona se cree curada, por lo que es necesario acudir con el ginecólogo y realizarse los exámenes pertinentes.



SÍNTOMAS GENERALES:

Secreción vaginal blanca como requesón, comezón intensa. Secreción verdosa o amarilla, Olor vaginal desagradable.

- Ardor al orinar.
- Verruga en prepucio, vulva o cerca del ano
- Fiebre, piel y conjuntivas amarillas
- Crecimiento del hígado.
- Tardíamente: fiebre, pérdida de peso.

Si las Its no reciben tratamiento pueden causar:

- + Cáncer de cuello de la matriz
- + Cirrosis y cáncer del hígado
- + Infecciones severas
- + Pus en uretra y ardor al orinar
- + Úlcera que no duele y desaparece espontáneamente
- + Hongos



¿Cómo podemos evitar estas infecciones?

□1.- *La abstinencia*:. Si tu decisión es no tener por el momento relaciones coitales, nadie puede obligarte a hacerlo no permitas presiones de amigas o de tu pareja.

□2.- *Fidelidad mutua*. Ser fiel a tu pareja disminuye el riesgo de infectarte e infectar a más personas: a mayor número de parejas, el riesgo de infectarte es más alto.

□3.- *El sexo más seguro*. Tú tienes derecho al placer y lo puedes obtener sin llegar al coito. Besarse y acariciarse hasta donde ambos lo deseen es muy placentero.

□4.- *El coito protegido*. Si ambos han decidido libremente tener una relación coital; utilizar el condón es la mejor muestra de respeto y amor que se pueden brindar.



Checa las siguientes

direcciones:

Hojas informativas (1999). VIH y SIDA: La detección del VIH. Desde <http://interactua.net/fpardo/vih5.pdf>

Manual de autocuidado de la salud de adolescentes. Desde <http://148.202.92.157/uiessa/manual/index.htm>

Condón Pn. En: Arquitectura 74, local 5. Copilco Universidad. T/56587726.

Condón Pn.En: Avenida de los ejidos37. col. Los Reues Iztacala, Tlanepantla, Edo. Méx.

Condón Pn. En: Culiacán 30, local 4. Col. Hipódromo Condesa.

El armario abierto. En: Agustín Melgar No. 25. Col. Condesa. T/52862895

Telsida. (VIH/sida, ITS y sexualidad) En: 52074077. 5666-7432 / 01(800)712-0889 / 01(800)712-0886. Lunes a viernes de 9:00 a 21:30 hrs.

De Joven a Joven (Orientación sobre salud sexual a jóvenes) 5658-1111 ext. De joven a joven. Las 24 hrs.

S.O.S. UNAM (Sólo universitarios/orientación y apoyo psicológico). T/ 5622-0020. Lunes a viernes de 9:00 a 17:00 hrs.

Elaborado por:

Ψ SOLANO CLAUDIO ROSA

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



La orientación sexual es una manera de referirse a la dirección de las atracciones y deseos sexuales de una persona.

La homosexualidad, al igual que la heterosexualidad o la bisexualidad, son alternativas o tipos de orientación del deseo sexual



LA HOMOSEXUALIDAD

Se refiere a la atracción, deseo sexual y emocional de una persona hacia otra (s) del mismo sexo. La persona está consciente de su sexo biológico, satisfecho de sus genitales y los considera apropiados sexualmente, aunque prefiera a una persona con los mismos genitales y no está interesado en cambiarlos con cirugías.

Entre un 5 y 10% de la población vive de forma homosexual o tiene

sentimientos de esta índole, pero no lo expresa abiertamente debido al temor del rechazo social.

Hay homosexuales que jamás han tenido experiencias sexuales con alguien de su propio sexo, mientras que otros las tienen sin considerarse homosexuales.



¿En las relaciones homosexuales uno hace el papel de hombres y el otro de mujer?

No necesariamente, en las relaciones homosexuales se dominan terrenos que conciernen tanto al propio sexo como al sexo opuesto. No implica que uno desempeñe el papel del sexo opuesto.

¿Los hombres homosexuales son pedófilos que abusan de los niños?

No: son pocos los hombres homosexuales en comparación con los heterosexuales que abusan sexualmente de los niños.

¿Si un joven tiene cualquier tipo de relación sexual con una persona del mismo sexo, significa que es y siempre será homosexual?

Muchos adolescentes prueban la homosexualidad durante su desarrollo, pero no necesariamente significa que son homosexuales ya que posteriormente se identifican y tienen prácticas heterosexuales.



¿La homosexualidad se debe a una perturbación en la infancia?

No; la mayoría de los homosexuales no han tenido tales dificultades en la infancia. Tampoco se tienen elementos para establecer con precisión el origen genético de la expresión homo y bisexual.

¿Los homosexuales se excitan con todos los que son de su mismo sexo?

No basta con que sean del mismo sexo, ellos exigen tanto a su pareja,

como los heterosexuales lo hacen a la suya.



¿Se es homosexual porque no se puede entablar contacto con el sexo opuesto?

La homosexualidad no tiene nada que ver con la capacidad de atraer al sexo opuesto; se trata sencillamente de que uno se interese por personas de su propio sexo.

¿Los hijos de homosexuales también se vuelven homosexuales?

Se ha demostrado que éstos niños no tienen mayores probabilidades de volverse homosexuales en comparación con los hijos de heterosexuales.

¿La información sobre la homosexualidad hace que sean más los que se conviertan en homosexuales?

La información no hace que más gente se vuelva homosexual. En cambio son más los que se atreven a vivir su homosexualidad, así como, son más

las personas que los aceptan y conviven con ellos sin importar sus preferencias.

¿Los homosexuales pueden ser identificados por su aspecto físico?

Son pocos a los que se les puede identificar por ello; debido al rechazo social sólo algunos muestran un alto grado de afeminamiento, mientras que otros tratan de aparentar masculinidad excesiva e incluso realizan físico-cultismo para aparentarlo.

Checa las siguientes

direcciones:

Hechos acerca de la orientación sexual de los jóvenes (n.f.). Desde http://www.freetobeme.com/en_español

López, P. (2003). Mitos sexuales. Desde <http://www.es.geocites.com/textoyarticulos/sxll.htm>

Diversitel (Orientación sobre diversidad sexual, VIH/sida, ITS) 5574-3012 / 52722522. Lunes a viernes de 9:00 a 21:00 hrs.

Centro de Documentación sobre homosexualidades. T/ 5606-7216. Lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs y de 15:00 a 17:00 hrs.

Elaborado por:

Ψ SOLANO CLAUDIO ROSA.

HOMOSEXUALIDAD

Lo importante es definir lo que estás sintiendo, o hacia quien se dirige tu deseo, no tanto el decir soy homosexual, eso es necesario y también difícil; pero viene después, como consecuencia de que sabes y reconoces lo que sientes



☞ **¿Qué es una perversión sexual?** ☞

La perversión sexual es una conducta asociada con actividades que ponen en peligro a otras personas. Es considerada como una diferencia sexual en la manera de expresar la sexualidad.



☞ **¿Qué son las Parafilias?** ☞

Las parafilias se entienden cómo las conductas sexuales eróticas que no son comprendidas por la mayoría de las personas. Hay parafilias que castiga la sociedad ya sea no aceptándolas o penalizando su práctica a través de las leyes.

Algunas parafilias se pueden hallar dentro de la sexualidad si se les practica esporádicamente o como parte del juego amoroso. Considerándose como orientaciones, preferencias o cómo alternativas sexuales que los individuos y/o parejas practican.

☞ **¿Son anormales las personas que las practican, necesitan tratamiento?** ☞

La práctica de la mayoría de ellas es normal cuando se realizan como aparte de las relaciones sexuales, si se realizan, si las personas están de acuerdo, lo disfrutan.

Deben ser atendidas por especialistas cuando se perjudica a terceras personas, cuando los participantes no están de acuerdo, cuando son un deseo impulsivo y compulsivo de realizarlo o de fantasearlo.



Éstas son algunas de las orientaciones o alternativas sexuales más comunes:

Las personas de orientación... tienen o sienten...

Homosexual: atracción, deseo sexual y emocional hacia personas del mismo sexo.

Fetichista: deseo en relación a alguna parte de la otra persona o hacia algún objeto.

Travesti: agrado por comportarse y vestir ropas del otro género.

Transgénica: la persona se identifica y reconoce como del sexo opuesto: viste y comporta como tal, sin llegar a operaciones quirúrgicas.

Transexual: lo mismo al anterior, pero la persona hace todo lo posible por operarse.

Paidofilia: atracción o deseo sexual de los adultos hacia los niños (as).

Necrofilia: atracción por tener relaciones sexuales con cadáveres.

Cropofilia: placer erótico al estar en contacto con excrementos.

Urofilia: placer erótico al tener contacto con la orina

Golden Shower, lluvia dorada: Placer al orinar encima de su pareja y dejarse orinar.

Frouterismo: Satisfacción erótica hacia las mujeres en lugares públicos. Exhibicionismo: agrado por exhibir los genitales a otros en privado o en público.

Manual del coordinador

Escatofilia: excitación de que la pareja tenga un tatuaje, cicatriz o perforaciones en zonas genitales.

Escatología telefónica: Placer al realizar llamadas obscenas, es lo mismo con la computadora y otros medios.

Zoofilia: Satisfacción sexual a tener relaciones sexuales con animales.

Voyeurismo: placer al contemplar escenas eróticas.

Masochismo: satisfacción sexual a través del dolor experimentado o fingido.

Trilismo: la llevan a cabo los "SWINGERS", consiste en observar a la pareja teniendo relaciones sexuales con otra persona, por medio de alquiler, préstamo o acuerdo mutuo.

Ninfomanía, Andromanía, Clitoromanía: "locura erótica" en la mujer, que tiene un insaciable, incontrollable y compulsivo deseo de tener relaciones coitales.

Solano Claudio Rosa



Elaborado por:

Ψ SOLANO CLAUDIO ROSA

ALTERNATIVAS SEXUALES

Checa las siguientes direcciones:

Prácticas sexuales riesgosas. En: http://www.teleantioquia.com.co/Programas/MasquePiel/Temas/2005_PrácticasSexualesRiesgosas.Pdf

Comisión de Derechos Humanos. T/ 52295600.

Diversitel (Orientación sobre diversidad sexual, VIH/sida, ITS) 5574-3012. Lunes a viernes de 9:00 a 21:00 hrs.

De Joven a Joven (Orientación sobre salud sexual a jóvenes) T/ 5658-1111 ext. De joven a joven. Las 24 hrs.

CIES ahora Celsam (Orientación sobre sexualidad). T/ 5627-7090 al 91. Lunes a viernes de 9:00 a 19:00 hrs.



Tenemos derecho a elegir y proponer cómo llevar nuestra sexualidad siempre y cuando no se afecte a terceros

TALLER DE SEXUALIDAD



Bueno.... ya nos quitamos la ropa y ya estoy encima de ti... cuánto tiempo debe pasar para que tengamos un orgasmo??

No tengo ni idea.. Pero lo que si se es que ahora entiendo a mamá y sus dolores de cabeza.

Por eso la educación Sexual...

Debe iniciarse desde la infancia

Este manual pertenece a: _____

Nombre del participante

Solano Claudio Rosa.

RECOMENDACIONES PARA USAR ADECUADAMENTE TU MANUAL Y APROVECHAR EL TALLER

- Llegar puntualmente a cada una de las sesiones
- Llevar durante todas las sesiones su manual
- Subrayar lo que consideren importante
- Anotar en él aspectos que se mencionen en el taller y que sea de importancia
- Realizar las actividades correspondientes en el momento indicado
- Tratar de no exceder el tiempo para la realización de las actividades.
- Abrir el manual en la página o sección que indique el coordinador
- En actividades donde se deban formar equipos, hacerlo, tratando de que no se repitan los mismo integrantes. Así mismo, tendrán que ponerle un nombre al equipo, ese nombre corresponderá a alguna parte del cuerpo humano, incluyendo (preferentemente) el de los genitales o alguno de los tópicos abordados en este manual.
- Revisar los contenidos del manual en casa y en el momento que el coordinador lo indique
- Anotar en él las dudas, para que no se olviden y las refieran en el momento pertinente.
- Integrar a este manual las fichas, hojas y trípticos que el coordinador proporcione, de acuerdo a las sesiones, para que cuando lo requieran, puedan consultarlo de nuevo.
- Consultar artículos, páginas de internet, lugares de información, adquisición de material y los libros recomendados tanto en este manual como en los trípticos, según el tema que te interese.

Nota: Es preciso que en el momento en que los demás participen, muestren respeto hacia los que hablen y que traten de hacer críticas constructivas respecto del comentario, más no de su persona..

SEXUALIDAD

Todos hablan de Sexualidad, pero ¿Qué es?
¿Cómo puedo ejercer mi sexualidad?
¿Cómo hablar de sexualidad con otros (amigos, padres, pareja)?

La sexualidad forma parte del ser humano durante toda su vida, se desarrolla junto con otras funciones del organismo, tanto en sus aspectos fisiológicos como en los psicológicos.

La **sexualidad** es parte de nuestra identidad, expresada en nuestro estilo de vida, en nuestros papeles masculino o femenino (involucra aprenderlos y desempeñarlos), en la manera de expresar el afecto, de elegir, en nuestro comportamiento erótico. Es una expresión integral, que involucra aspectos biológicos (sexo, crecimiento), aspectos psicológicos (identidad de género y orientación sexual), socioculturales (el rol sexual). Es una forma privilegiada de expresión amorosa a través del cuerpo, que se mueve en un ámbito social y cultural.

La sexualidad es una dimensión cotidiana de nuestras relaciones humanas, usualmente, utilizamos como sinónimo de sexualidad: Procreación, genitalidad, relaciones coitales, orgasmo o de cualquier otra área concreta a ella. Sin embargo, no debemos reducirlo sólo a ello, sino también a lo antes citado.

De manera puntual, la sexualidad tiene diferentes componentes que la definen:

- **Sexo biológico;** son las características físicas (incluido el curso de nuestro crecimiento) determinadas genéticamente: La sexualidad se manifiesta biológicamente, en las hormonas, en los genes, en el cerebro, en cada órgano de nuestro cuerpo, en su forma, en la manera de funcionar
- **Sexo de asignación;** es cuando se le asigna al individuo la etiqueta de hombre o mujer en función del aspecto de sus genitales externos.
- **Sexo psicológico o Identidad de género;** es la identificación de sentimientos, actitudes, comportamientos, juegos, que va desarrollando el niño/a con uno u otro sexo.
- **Sexo social o rol sexual;** es el comportamiento que los individuos adoptan por los requerimientos sociales en función de su sexo; por ejemplo: La forma de vestir, de conducirse, entre otras, según las normas y prescripciones dictadas por la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino.
- **Identidad u orientación sexual;** se caracteriza por una permanente atracción emocional, romántica, sexual o afectiva hacia individuos de un género en particular.

Dentro de la formación social, chicos y chicas desarrollan su identidad y rol de género sexual. Generalmente, al varón se le fomenta el desarrollo sexual mientras que en las mujeres se les reprime, utilizando la mitificación de la pureza, la virginidad, la sumisión entre otras, generando así diversos mitos que en gran parte mediatizan el ejercicio de su sexualidad.



Entonces, si la sexualidad es parte de nosotros durante toda nuestra vida, y se expresa en nuestra vida cotidiana, ¿Porqué no hablar del tema como cualquier otro?.



Recomendaciones y sugerencias

Habla con personas de tu confianza acerca de las inquietudes que tienes sobre la sexualidad.

Busca información en páginas de internet que sean confiables, libros, manuales, folletos con la finalidad de conocer más y resolver tus dudas.

Acude con expertos (orientadores, psicólogos, médicos, sexólogos) para pedir la información que necesitas.

Ayuda a que otros resuelvan sus dudas, se quiten las telarañas y falsas creencias acerca de los diferentes temas de la sexualidad.

Trata de involucrar a tu familia, pareja y amigos en el manejo del tema, para que se quiten el miedo o pena al hablar sobre la sexualidad.

Difunde el material que tengas y que a otros les pueda servir.

Presta y solicita a tus padres que revisen el contenido de este manual y de los demás materiales que el coordinador te proporcione (Trípticos, sugerencias, fichas) para que te digan que les parece y si ellos tienen dudas, las resuelvan en conjunto. Tal vez hasta te hagan otras sugerencias y ayude a que ellos hablen del tema contigo sin tantas dificultades.

👁 Bibliografía y lugares de consulta por si te interesa conocer más

Abcmedicus (2002). Sexualidad. Obtenido del 8 de Junio del 2005, desde <http://abcmedicus.com/articulo/pacientes/1/id/115/pagina/2/sexualidad.htm>

Grupo de Información de Reproducción Elegida, A.C. (2004). Hoja informativa los derechos reproductivos en la legislación y en las políticas públicas de México. Obtenido el 2 de Junio del 2005, desde <http://www.gire.org.mx>

Cañada, E., Rodríguez, A. y Truño, M., (n.f). Los derechos sexuales y reproductivos a través del cine: Sexualidad e identidad y relaciones de género. Obtenido el 10 Junio de 2005, desde <http://www.edualter.org/material/cineiddssrr/forum/forum.pdf>

Crecer con más seguridad, (2005). Sexualidad. Obtenido el 2 de Junio del 2005, desde <http://crecer.tamaulipas.gob.mx>

Instituto Mexicano de la Juventud (n. f.). Sexualidad. Obtenido el 30 de Mayo del 2005, desde <http://imjuventud.gob.mx/main/asp>

Inteliviven.com-Venezuela, (2001). Sexualidad. Obtenido el 7 de Octubre de 2003, desde <http://inteliven.com/sexualidad/41.asp>

López, P. (2003). Mitos sexuales. Obtenido el 7 de Octubre de 2003, desde <http://www.es.geocities.com/textoyarticulos/sxll.htm>

López, F., Carpintero, E., Fuentes, A., Hernández, A., Marcos, C., Martínez, L. y Soriano, S. (1995). Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes: Reelaboración de cómo plantear mi vida. Madrid: Siglo XXI.

Pick, S. y Givaudan, M. (1998). Deja volar a tu adolescente. México: ¿Ídeame?

Pick, S., Aguilar, A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, E., Pier, D., Acevedo, P. y Vargas, E. (1995). Planteando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes. México: Planeta.

Pick, S. y Trujillo, E. (1995). Yo adolescente: Respuestas claras a mis grandes dudas. México: Planeta.

Sociedad española de contracepción (2005). Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Obtenido el 16 de Mayo del 2005, desde <http://www.sec.es/mbuscar.htm>

Martínez, F., González, E. y Díaz, J. (2002). Formación Cívica y Ética 3. México: Fernández editores

Unidad de Investigación epidemiológica y en servicios de Salud al adolescentes (UIESSA, 2004). Manual de autocuidado de la salud de adolescentes. Obtenido el 25 de Mayo del 2005, desde <http://148.202.92.157/uiessa/manual/index.htm>

Éstos libros se los puedes sugerir a tus papás para que los revisen y así ellos también resuelvan algunas dudas o simplemente para que conozcan más sobre el tema:

- *Madueño, C. (2004). El Sexólogo en casa. España: Diana.*
- *Pick, S. y Givaudan, M., (1998). Deja volar a tu adolescente. México: ¿Ídeame?*
- *Pick, S. y Trujillo, E. (1995). Yo adolescente: Respuestas claras a mis grandes dudas. México: Planeta.*
- *Vamos México, (2005). Guía de padres 3. México: Editorial infantil y Educación, S. A. De C. V.*

**¡Gracias por tu participación y
recuerda: puedes utilizar el buzón de ideas o sugerencias!**



AUTOESTIMA

¿Qué es la autoestima?

¿Qué importancia tiene el tener una autoestima alta o baja, para mi vida?

¿Cómo se forma la autoestima?

¿Cómo puedo mejorar mi autoestima?

Todos tenemos la capacidad de reconocernos, de atribuirnos una identidad y valorarnos, al valor que nos damos se conoce como autoestima.

La autoestima es la capacidad de tener confianza y respeto por uno mismo, es la valoración que cada persona hace de sí misma; implica la forma habitual de pensar, sentir y comportarse consigo mismo. Surge al descubrirnos, al autodisciplinarnos y de aceptarnos, es confiar en las habilidades y capacidades de cada uno para resolver las dificultades que aparecen en la vida, es considerarse una persona con derecho a expresar, valorar y defender sus intereses y necesidades; pensar que se es alguien válido, respetable y con derecho a ser feliz.



Para poder conocer y desarrollar tu autoestima, puedes seguir los pasos, llamados: "*La escalera de autoestima*", que a continuación se describen.

"La escalera de la autoestima"

Autoconocimiento. Consiste en que conozcas las siguientes partes:

El Yo Físico, se refiere a tus necesidades de atención y cuidado para poder desarrollar tus capacidades y convertirlas en habilidades.

El Yo Psíquico, es una parte interna, que se divide en 3 aspectos: Lo emotivo (expresión de los estados de ánimo), la mente (pensamientos y conocimientos) y el espíritu (darse cuenta de que existe).

El Yo Social, se puede expresar a través de los papeles que vives (como hermano, amigo, padre, madre, vecino, maestro).

El ser biopsicosocial, es un yo integral, que se compone, por:

Tales partes integran tu YO biopsicosocial, pues se refieren a las manifestaciones, necesidades, habilidades, los papeles que vives y a través de los cuales conoces el porqué y cómo actúas y sientes.

Conocerlas y trabajar con ellas te ayudará a tener una personalidad fuerte y unificada.

Autoconcepto. Son las creencias que tú tienes acerca de tí mismo, se van formando a lo largo de tu vida y las manifiestas en tu conducta. Por ejemplo, si tienes una imagen idealizada, como ser como tu amiga, artista y te esfuerzas por ser y demostrar que eres como ella, probablemente tengas un conflicto interno pues tendrás que ocultar lo que no eres y no quieres que otros vean.

Autoevaluación. Es tu capacidad interna para evaluar las cosas como satisfactorias, interesantes, enriquecedoras, malas, poco interesantes y ello te permitirá crecer y aprender si lo haces positivamente. Por ejemplo, si tuviste una experiencia desagradable, recuerda y rescata aquello que puedas aprovechar en el futuro, como lo que aprendiste, para plantearte metas y objetivos y no te mortifiques por lo que te hace daño.

Autoaceptación. Consiste en que admitas y reconozcas lo que tienes, lo que haces, como tu forma de ser y sentir.

Autorrespeto. Se refiere a la atención y satisfacción de tus propias necesidades y valores, así cómo a expresar y manejar en forma conveniente tus sentimientos y emociones sin hacerte daño o culpabilizarte cuando no debes.

Por ello, es importante confiar en ti mismo y tu naturaleza interna, confiar en tu habilidad para tomar decisiones donde se requieran, sin importar la reprobación y crítica de los demás.

Tú mismo te podrás dar cuenta de cómo mejoras tu **Autoestima:** En la medida que te conozcas y estés consciente de tus cambios y valores, así como en la medida que te aceptes y respetes.



Recuerda que todos podemos y tenemos derecho a ser y cambiar, para ser mejores personas, si crees que puedes mejorar la percepción que tienes de ti mismo y de cambiar aspectos para sentirte mejor.



Recomendaciones y sugerencias

Trabaja aquellos aspectos que te faltan o te ocasionan dificultades.

Evalúa e intenta cambiar sólo aquellas partes de tu ser que puedas y sea necesario.

Si te cuesta trabajo aceptar a otras personas como son, al menos respétalas.

Revisa el material sugerido.

Bibliografía y lugares de consulta por si te interesa conocer más

Pick, S., Aguilar, A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, E., Pier, D., Acevedo, P. y Vargas, E. (1995). Planteando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes. México: Planeta.

López, F., Carpintero, E., Fuentes, A., Hernández, A., Marcos, C., Martínez, L. y Soriano, S. (1995). Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes: Reelaboración de cómo plantear mi vida. Madrid: Siglo XXI.

Matthews, A. (2001). Sé un adolescente feliz. México: Alamah autoayuda.

Crecer con más seguridad, (2005). Sexualidad. Obtenido el 2 de Junio del 2005, desde <http://crecer.tamaulipas.gob.mx>

Pick, S. y Trujillo, E. (1995). Yo adolescente: Respuestas claras a mis grandes dudas. México: Planeta.

Estrada, M., Pellicer, G. y Domínguez, M. (1988). Autoestima: Clave del éxito personal. México: El Manual Moderno.

Ribeiro, L. (1997). Aumente su autoestima. Barcelona: Urano.

RECONOCIMIENTO CORPORAL

Sé que para tener una buena autoestima debo aprender a reconocermi, ¿Cómo puedo comenzar?
¿De qué manera puedo comenzar a reconocer y aceptar a los demás?
¿Qué partes de mí cuerpo no conozco para nada?

Para el desarrollo de una buena autoestima, es necesario que conozcas completamente no sólo tus habilidades, la forma en como te relacionas, sino también que conozcas completamente tu cuerpo e imagen y que además lo aceptes. Así, podrás también conocer y aceptar a personas que están a tu alrededor. Por ello, en esta sesión se encuentran los ejercicios correspondientes a las dinámicas que en la sesión 2 el coordinador les sugirió hacer y se colocaron aquí para que tú en casa puedas hacerlas cuando desees y las sugieras a otros.

Ejercicio de relajación:



Nota: Para realizar este ejercicio de relajación, no es necesario que otra persona te vaya dando las instrucciones, basta con que la leas antes y durante la relajación, tú mismo intenta recordar cómo hacerlo y probablemente con la práctica, logres relajarte más rápido y hacer una síntesis de los pasos o cambiando algunos de ellos.

Si te cuesta trabajo relajarte, utiliza otros elementos para facilitar el proceso, como: música tranquila, que una persona te diga las instrucciones y te de masajes suaves y circulares en la frente, pantorrillas, rodillitas en el momento que se mencionan tales partes.

20. Respira profundamente... varias veces, sé consciente de tu respiración... del entrar y salir el aire en tu cuerpo.
21. Imagina cómo al inhalar vas llenando tu cuerpo del oxígeno que alimenta todas las células... tejidos y órganos... Al exhalar... te vas liberando de todas tus presiones... de todas las tensiones. Realiza este intercambio, este llenarte de energía... y librate de preocupaciones... Imagina este

- proceso a través del cual vas llevando a tu cuerpo y a tu mente a un estado de relajamiento físico y mental.
22. Respira profundamente y concentra tu atención en tu cuero cabelludo. Relaja todos los tejidos... todos los ligamentos que cubren tu cabeza.
 23. Relaja tu frente... siente la piel y la vibración de la piel que cubre tu frente.
 24. Relaja tus párpados... y los tejidos que rodean tus ojos.
 25. Relaja tus mejillas y esboza una sonrisa y relaja aún más profundamente todos los músculos de tu cara.
 26. Relaja tu cuello siente su flexibilidad... su capacidad de mantener el equilibrio y el balance.
 27. Relaja tu garganta... imagínala como un tubo perfectamente bien aceitado.
 28. Relaja tus hombros, siente la ropa en contacto con esta parte del cuerpo y relaja, afloja todos los músculos, ligamentos en el área de tus hombros, prolongando ésta sensación hacia tus brazos y manos.
 29. Relaja tu espalda siente una agradable sensación de calor que cubre tu espalda.
 30. Relaja la parte exterior de tu pecho... siente la piel, la vibración de la piel que cubre tu pecho y relaja... afloja todos los músculos en ésta parte de tu cuerpo. Relaja también la parte interior de tu pecho.
 31. Imagina tus órganos, glándulas, tejidos, tus células funcionando rítmica y saludablemente.
 32. Relaja la parte exterior de tu abdomen... siente la ropa en contacto con ésta parte del cuerpo y relaja... afloja todos los músculos y los ligamentos en el área de tu abdomen. Relaja la parte interior de tu abdomen... imagina que las glándulas, tejidos, las células mismas funcionando rítmica y saludablemente.
 33. Relaja tus muslos... relaja tus rodillas... Siente la piel, la vibración de la piel en tus rodillas, relaja... afloja todos los músculos y ligamentos en ésta parte de tu cuerpo
 34. Relaja tus pantorrillas... relaja tus pies y con ésta agradable sensación proyecta en tu mente la imagen de un lugar ideal para descansar... imagina los colores, sonidos, los aromas, la temperatura (5s). Es una escena que para tí representa paz y tranquilidad, te permite sentirte muy bien. Siente estar allí y disfrútalo. Es tu momento, descansa.
 35. Ahora piensa positivamente, piensa que cada día que pasa estarás mejor, mejor y mejor, por que estas bien. repite; estoy mejor, muy bien, tengo control completo de mí mismo. En todo momento, mantengo mi cuerpo y mi mente en perfecto estado de salud
 36. Ahora que ya estás más tranquilo, relajado, que te encuentras en perfecto estado: Respira; inhala profundamente, vuelve a sentir como cada parte de tu cuerpo se va llenando de oxígeno. Exhala, es momento de volver a inhalar y exhalar, poco a poco das movilidad a tu cuero cabelludo, a la piel de la frente vibra...etc.
 37. Los párpados de los ojos se mueven y poco a poco se abren y te sientes muy bien. Ahora que ya estás tranquilo puedes continuar o comenzar a hacer otras cosas.

Ejercicio de reconocimiento corporal general tuyo y/o de los demás.



Nota: Al realizar el ejercicio no es necesario que esté otra persona, hazlo tu solo (a) en tu cuarto, obsérvate detenidamente como se sugiere. En caso de que tengas la oportunidad de hacerlo con otra persona (tu mamá, hermana, prima, amiga), explícale porque crees necesario hacerlo, porque lo hiciste en el taller y de qué te sirvió, para seguir las instrucciones puede ser que la persona reflejada en el espejo vaya leyendo las indicaciones y el otro sólo observe.

- Observa detenidamente los pies de quién se refleja en el espejo, aprecia sus tobillos, sus piernas, así como la ropa las cubre, ya que ésta permite apreciar lo hermosas que son; así largas o pequeñas.
- Ahora, pon atención en tu cadera, sube lentamente tu vista a la cintura, al tronco en general y observa que aún con la ropa, su físico, es irrepetible en otra persona, porque ella es única.
- Mira el cuello, reflejado en el espejo, puede ser largo, angosto, chico, pero gracias a él, tu compañero puede sostener la cabeza. Podrás apreciar la forma de sus labios, el tamaño y color.
- Observa su nariz, que es gracias a ésta que tu compañero respira, es tan importante como las demás partes de su cuerpo, es tan perfecta.
- Y que hay de sus ojos, seguramente han estado en contacto con tus ojos, sin embargo, ellos también demandan tu atención, obsérvalos, ¿son grandes, pequeños, rasgados, de color café oscuro, negro, sus pestañas son rizadas, de paraguas?: ¡Son únicos, no volverás a ver otros ojos en otra persona como los que estas viendo.
- El cabello, ¿ya le pusiste atención?, es largo, corto, relamido, chino, lacio, no importa, pertenece a esa persona tan especial que ahora tiene tu atención y que has tenido la gran oportunidad de observarla y apreciar detenidamente cuán hermoso es su cuerpo. Ahora felicítala por ser así y por permitirte observarla.

Ejercicio de reconocimiento de los genitales



Después de haber hecho la práctica de estos ejercicios, contesta cuestionario que se encuentra después de las indicaciones de la actividad.

- ◆ Acuéstate o siéntate en el piso. Cierra los ojos, imagínate como estabas en el primer ejercicio: Parado frente al espejo, mira detenidamente tu reflejo, de los pies a la cabeza. Ahora, te vas a desabrochar los zapatos y los vas a dejar en el suelo, ahora quítate el suéter, la blusa o la camisa, la falda o el pantalón según lo que traigas, deja toda la ropa que traigas en el suelo o aun lado, solo quedas tú desnudo y el espejo en el cual te miras
- ◆ Observa detenidamente tu cuerpo, no hay cuerpo más hermoso que el que tienes frente al espejo, observa tus pies, tus dedos, tócalos, con tus manos que son tan suaves como el algodón y tan flexibles, observa tus pantorrillas, lo suaves que son, siéntelas, mira en el espejo esas piernas pasa tu dedo sobre ella, acarícialas, ve que hermosas son, nadie tiene unas iguales.
- ◆ Ahora observa tu cintura, tu abdomen, tócalo con la palma de tus manos, siente que suave, obsérvate como vas tocando tu silueta, lentamente, con cuidado, te gusta, siente tu pecho, respira hondo y observa tu cuerpo, se siente tan bien y tú lo ves muy bien, acaricia tu cuello, déjate sentir el placer de tocar tu piel, tu cara, observa tu boca, tócala con los dedos de tu mano, son labios suaves y muy sensibles, tu nariz es firme, pero suave. Los ojos son tan delicados como tu mismo y tan necesarios como tú. Tus pestañas se sienten muy bien, tu frente, tu cabello, es como tocar la arena del mar o como el cabello de un bebé.
- ◆ Sigue observándote en el espejo. ¡Oye te has olvidado de algo?, vuelve a tus genitales, obsérvalos, son tan importantes como tus ojos, tu boca, tus pies, tus mismas manos, obsérvalos muy detenidamente, lleva tu mano y pásala muy por encima de ellos, apenas los tocas, como la caricia que le diste a tu cuello, ahora siéntelos con tus manos, obsérvalos también por medio del espejo, ves qué sensibles son! necesitan de tu cuidado, que los tomes en cuenta como a tus demás partes del cuerpo
- ◆ Respira abdominalmente, toma aire, llévalo al abdomen, deténlo y expira
- ◆ Ahora imagina que tus genitales son parte de la respiración; vuelve a tomar aire trata de respirar junto con ellos, detén el aire y sácalo. Hazlo de nuevo de la misma manera; toma aire, empuja los glúteos hacia el suelo,

lo detienes y expiras levantando el un poco el pubis, la cadera hacia arriba. Repítelo otra vez.

- ◆ Ahora Inhala llenando el abdomen y luego el tórax. Eleva los brazos, coloca las manos por encima de la cabeza. Exhala bajando poco a poco los brazos y expulsando lentamente el aire contrayendo el abdomen.
- ◆ Poco a poco vayan abriendo los ojos, levántense y tomen asiento.

“HACIENDO CONCIENCIA DE MI CUERPO”

Completa las siguientes frases y tacha la opción del paréntesis que indica como me sentí frente a las diferentes situaciones.

Me sentí (incómoda <o>, bien, con pena) al hacer el ejercicio _____ porque _____
Me costó trabajo imaginarme (partes) _____ de mi cuerpo
No pude imaginarme las sensaciones en _____
Me costó trabajo tocar _____
La parte más atractiva de mi cuerpo es _____



Recomendaciones y sugerencias

Realiza los ejercicios en tu cuarto, a solas o en el baño.

Elige los momentos oportunos: Que estés sola, sin que alguien te pueda molestar, después de haber terminado tus quehaceres escolares y de casa, que no tengas otros compromisos en la siguiente hora.

El ejercicio de relajación no sólo puedes hacerlo antes de realizar los siguientes ejercicios, sino también cuando te encuentres muy estresado por las tareas, problemas, enojos, antes de un examen, cuando sientas que necesitas estar tranquilo para poder continuar con otras cosas.

Realiza los ejercicios cada vez que sea necesario.

Busca otros ejercicios que te ayuden en el conocimiento y aceptación de tu cuerpo y de otras áreas, puedes acudir a las referencias planteadas en la sección anterior "Autoestima".

Reflexiona contestando el cuestionario sugerido arriba.

HABILIDADES SOCIALES: ASERTIVIDAD

¿Qué son las habilidades sociales?
 ¿De qué me servirá desarrollarlas?
 ¿Cómo puedo hacer para no tener tantas dificultades
 con mis padres/ maestros/ pareja?
 Me cuesta trabajo pasar al frente a exponer,
 ¿Qué puedo hacer?

Las habilidades sociales: Se refieren a la capacidad de ejecutar conductas aprendidas que cubren necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva; donde la comunicación, asegura los propios derechos, requerimientos, satisfacciones u obligaciones, sin afectar los derechos de otras personas. Las habilidades sociales son comportamientos que hacen hincapié en el comportamiento asertivo.



La asertividad como alternativa de comunicación fortalece las relaciones humanas constructivas, respetuosas que alimenta el bienestar personal, es un proceso de aprendizaje en la vida cotidiana de la persona que fomenta la comunicación adecuada basada en saber expresar y recibir los mensajes que se transmiten. Se refiere a defender los derechos propios expresando lo que se cree, piensa y siente de manera directa y clara y en un momento oportuno. La respuesta asertiva intenta lograr una solución positiva mutuamente satisfactoria que intensifica las relaciones a corto y largo plazo, fomenta la comunicación adecuada. El tono de esta respuesta es sincera, positiva, no punitiva, justa, considerada, directa, no defensiva, sensible y constructiva.

A diferencia de las personas que se comportan asertivamente, están quienes tienen comportamientos inadecuados; presentando dificultades al relacionarse con los demás. Tales comportamientos son:

- El comportamiento **pasivo**. Se refiere a dejar que los demás digan, decidan por uno mismo, implica falta de lucha, de control, mucha frustración e impotencia, produce mucho coraje y obstaculiza el logro de metas. El comportamiento pasivo quebranta los propios derechos del sujeto al fracasar en la expresión de sus propios sentimientos, necesidades y opiniones, además, las respuestas pasivas pueden provocar sentimientos de insuficiencia, depresión e incompetencia, esas carencias pueden impedir a las personas encontrar pareja sexual o tener actividades sexuales francas y satisfactorias; la persona permite que los demás saquen provecho de ella, que la controlen y subyuguen. El tono de voz de una respuesta pasiva es casi inadvertida, tímida, con

vergüenza y retraída, refleja una autoestima baja, autodesprecio y bajo autoconcepto.

- El comportamiento **agresivo**. Se refiere a la expresión hostil, frecuentemente poco honesta, fuera de tiempo y con el objetivo de ganar o de dominar, haciendo que el otro pierda o se sienta mal. La conducta agresiva generalmente rompe la comunicación. Las personas agresivas tienen más dificultades para encontrar parejas sexuales o en todo caso generan relaciones más conflictivas e insatisfactorias. Se manifiesta de varias formas cómo: Mostrarse rígido, inflexible, abusar de otros, mostrar insensibilidad ante las necesidades de otros, expresar sentimientos con tonos y ademanes hirientes, actuar a la defensiva con frecuencia, no escuchar y no tolerar desacuerdos, ver sólo las fallas de los demás, ignora o limita los sentimientos, opiniones, necesidades o derechos del otro, se aprovecha de él, intenta controlarlo, o impide la expresión abierta de los sentimientos del otro. El tono de voz de la persona agresiva es mandona, exigente, egocéntrica, insensible, cruel, manifiesta indiferencia por los sentimientos de los demás, es una respuesta arrogante, manipuladora, intimidante, negativa, castigadora y ofensiva

En la tabla 1. se muestra breve y claramente de qué forma te puede servir mostrar habilidades sociales cuando te relaciones con los demás, las otras ventajas tú las podrás experimentar cuando las pongas o no en práctica en tu vida cotidiana.

Tabla no. 1. Ventajas y Desventajas de tener habilidades sociales

Ventajas:	Desventajas:
Comprendemos mejor a los demás y nosotros mismos.	Nos costará más trabajo comprender a los demás y a nosotros mismos.
Nos expresamos mejor con los demás.	Puede que no seamos capaces de expresar muy bien nuestras necesidades o sentimientos a los demás.
Hacemos amigos y los conocemos mejor.	Puede resultar más difícil hacer nuevos amigos y conservar los que ya tenemos.
Es más fácil incorporarse a actividades divertidas (juegos, equipos).	Costará más trabajo incorporarnos a situaciones donde no conozcamos a los demás o las reglas del juego.
Podemos jugar un papel más importante en la familia y estar más implicados en las decisiones familiares.	Probablemente nos sentiremos muy alejados de las cosas importantes o divertidas.
Podemos tener mejores rendimientos escolares, menos problemas con los amigos o compañeros y una mejor adaptación en la vida y así nos relacionamos mejor con los maestros y compañeros de clase.	Tendremos problemas con los maestros, adultos, papás y compañeros, además de que nos costará trabajo solucionarlos.

Como puedes ver, la comunicación tiene un papel muy importante en las habilidades sociales.

💡 La palabra **comunicar** viene del vocabulario latino: "Comunicarse", que quiere decir compartir, dar parte, participar. Es, la expresión del pensamiento y de las emociones a través de la palabra o de la acción, de un ser humano a otro al relacionarse y para ello usamos nuestras facultades de lenguaje, cuerpo, entrañas, vista, tacto, oído, olfato.

Comunicarse clara y abiertamente tiende a provocar este tipo de comunicación en otras personas. De hecho, la comunicación en el área sexual contribuye en gran medida a la satisfacción de una relación íntima, pues la mayor parte de los problemas de la pareja (principalmente en el área sexual), se deben a la mala comunicación que mantienen. Sin embargo, toda comunicación sexual conlleva cierto nivel de riesgo (obstaculizando la comunicación), pues cuando la gente se expresa, se coloca en una posición vulnerable al juicio, a la crítica y al rechazo, por lo cual algunos prefieren no arriesgarse. Así, la disposición de asumir tales riesgos tiene que ver con el grado de confianza que haya en la relación y con la persona.

Existen algunas barreras en la forma de comunicarse que pudiesen afectar esa comunicación, como:

Barreras:

- *La falta del lenguaje sexual adecuado*, pues cuando queremos comunicar necesidades y sentimientos no sabemos como hacerlo.
- *Experimentar sentimientos de timidez y vergüenza* al hablar de la sexualidad con los amigos y la pareja
- *Los estilos de hombres y mujeres al relacionarse con los demás*, pues de acuerdo con Tañen (1990, citado en Crooks, 2000), los hombres se sirven del lenguaje para transmitir información, para conseguir un estatus en el grupo, para desafiar y evitar que otros lo dominen; convirtiendo así la comunicación en una suerte de competencia para evitar ser colocado en una posición inferior. Y las mujeres lo utilizan para conseguir y compartir la intimidad, fomentar la proximidad y evitar que las aparten, utilizan el diálogo como una forma de acercamiento a la otra persona.
- *La "comunicación- ilusión"*, que sucede cuando el comunicador cree que está comunicando en forma eficaz y el receptor cree que está recibiendo de forma idéntica
- *La discrepancia o las diferencias* en las opiniones por ejemplo, entre las cuales, la contradicción se dará a partir de no apreciar la otra opinión.

Hay algunas reglas que te pueden servir al comunicarte:

1. Identifica lo que sientes, piensas y quieres.
2. Acepta tus pensamientos, sentimientos y creencias, pues no tiene caso negarlo, ya que éstos pensamientos y sentimientos pueden dirigir en gran medida nuestra conducta.
3. Controla los sentimientos que te impidan comunicarte y evita que el temor o la ansiedad te impidan expresar lo que quieres decir.
4. Busca el momento y situación oportuna para decirlo.
5. Sé específico al expresar tus sentimientos, deseos o pensamientos y no interpretes los mensajes de los demás, así, conseguirás comunicarte de

manera clara y directa, sin ideas vagas ni ambiguas, así como evitar actuar o responder con base en interpretaciones.

6. Una vez aclarados los sentimientos y pensamientos es importante dar respuestas claras y concretas de manera rápida.
7. Comunica lo que entendiste, transmitiéndole a la otra persona si apoyas o no lo que dijo.

Existen muchas palabras que pueden darle un sentido diferente al mensaje que se desea transmitir como:

- Hablar en primera persona. Muchas personas evitan hablar en primera persona por que consideran que si lo hacen estarían tratando de llamar la atención, sin embargo, al hacerlo significa que uno se responsabiliza de lo que dice.
- No atribuir todo al interlocutor. Al expresarse de esta manera se entiende como una acusación, por ejemplo: "Estas empeorando las cosas", es diferente a "me parece que estás empeorando las cosas".
- No usar el término "eso". "Eso" es un término que puede malinterpretarse porque no queda claro a qué se refiere, por lo que es conveniente especificar a qué nos referimos.
- No usar el "pero". Su uso es a menudo una manera de decir si y no en la misma oración, por ejemplo: "Te quiero, pero no me gusta que tomes", se sugiere utilizar la conjunción "y", para cambiar la oración "Te quiero y no me gusta que tomes".
- Usa "si y no". Debido a la inseguridad que la gente siente, la falta de claridad da pauta a la mal interpretación, frecuentemente la gente dice "si", cuando realmente quiere decir "no" con el fin de no encarar la situación; por eso es importante manejar los dos términos cuando sea necesario.
- No usar "siempre y nunca". Son pocas las veces en las que tales términos sean adecuados. Con frecuencia como una forma de poner énfasis emocional, por ejemplo: "Siempre me haces enojar", cuando realmente quiere decir "En este momento estoy muy enojado contigo".
- Uso del verbo deber. Este verbo es sinónimo de "tener que", a menudo se entiende como acusaciones, cuando en realidad se trata de una advertencia amistosa. "Me gusta esto, pero debería obtener aquello", podría quedar: "Me gusta esto y también necesito aquello".

En cuanto a la expresión corporal, se deben considerar los siguientes aspectos:

- Presencia o no del contacto visual cuando las personas se comunican.
- Uso de las manos para resaltar determinados contenidos del mensaje.
- Expresión facial adecuada a la situación y al mensaje verbal.
- Postura del cuerpo: Observar si hay acercamiento, inclinación a los lados o hacia atrás, que indica interés o alejamiento y rechazo.
- Volumen de voz: Puede ser alto o bajo y su adecuación dependiendo de lo que se desea expresar y del contexto donde tiene lugar.
- Tono de voz: Variándolo para no resultar monótonos.



Como podrás ver a continuación, las habilidades sociales abarcan una amplia gama de conductas que hacen hincapié en el comportamiento asertivo, que significa tener la habilidad para transmitir y recibir mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás, de una manera honesta, oportuna, respetuosa y tiene como meta lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación lo haga necesario. Tales comportamientos se presentan de forma detallada y ejemplificada para que los comprendas y diferencies mejor a partir de los recuadros:

Recibir y dar cumplidos. Se refiere a la capacidad para reaccionar diciendo algo positivo, agradable y sincero a otra persona.

Ejemplo de dar cumplidos: *Alguien ha hecho un proyecto que piensas es bueno.*

Tú: ¿Es éste tu proyecto?.

Otro: Sí, es el mío.

Tú: ¡Oh!.

Es una respuesta pasiva porque no has dicho lo que sientes respecto al proyecto y no has permitido que la otra persona sepa que aprecias su trabajo.

Tú :Me ha gustado mucho tu proyecto.

Otro: Gracias, trabaje mucho en él.

Tú: Creo que es interesante.

Otro: Me gustó hacerlo, fue divertido.

Esta manifestación es asertiva porque has expuesto a la persona tus sentimientos positivos de forma agradable y sincera, además

Ejemplo de aceptar cumplidos: *Alguien te dice lo siguiente...*

Otro: Creo que eres muy simpático.

Tú: Gracias, eres muy amable al decirlo.

Asertivo al aceptar el cumplido de forma adecuada, además de hacer sentir bien a la

Otro: Creo que eres muy simpático.

Tú: (ruborizado, avergonzado, sin decir comentario alguno).

Pasivo por que no contestaste al cumplido y puedes haber hecho que la otra persona se sintiera estúfida al no apreciar lo que te dió

Otro: Creo que eres muy simpático.

Tú: Sí, soy el mejor, nadie me puede superar.

Agresivo al reaccionar de forma exagerada ante el cumplido, es difícil que otra persona te haga otras manifestaciones positivas, parece que

Expresar una queja. Significa manifestar de algo o alguien aquello que no nos gusta, es la mejor y la forma más rápida para solucionar un problema.

Ejemplo de expresar una queja: *Te devuelven un libro que prestaste y las páginas están marcadas por algo que se derramó en el libro.*

Tú: ¡Estas páginas están arrugadas! No estaba así cuando te deje el libro, ¿Qué ha pasado?.

Otro: Mi hermano pequeño le derramó leche, lo siento mucho, debería darte uno nuevo.

Tú: De acuerdo y entonces yo te daré éste.

Asertivo, porque se ha expresado tu disconformidad por el libro estropeado, le has dado a la otra persona la oportunidad para explicarse y le has permitido que supiera que no estas satisfecho y así probablemente, tendrá más cuidado.

Tú: Mi libro no parece el mismo.
 Otro: ¿Qué quieres decir?
 Tú: ¡Oh!, nada en particular.
 Otro: Es el mismo libro que me prestaste.

Respuesta Pasiva porque no has dicho lo que querías decir y por ello la otra persona no te ha entendido, no permitiste explicarse, puedes haber quedado enfadado, con sentimientos de frustración y probablemente se siga repitiendo el incidente

Dar una negativa o decir no, cuando alguien nos pide que hagamos algo que no queremos o no podemos, escogiendo las palabras correctas para expresarlo adecuadamente.

Ejemplo de dar una negativa: *Una amigo quiere que le prestes tus cuadernos para estudiar para el examen de mañana, tú también los vas a utilizar.*

Tú: ¿Me podrías prestar tus notas de álgebra para estudiar?
 Otro: Lo siento, pero no me gusta prestarlos y los voy a utilizar.

Respuesta asertiva porque has contestado de forma sincera y explicaste el porque de tu respuesta.

Tú: ¿Me podrías prestar tus notas de álgebra para estudiar?
 Otro: Bueno, quizá las quiera más tarde, pero puedes llevártelos.

Respuesta Pasiva porque no eres sincero y estás haciendo algo que no quieres y que podría afectarte, además puedes terminar enfadado por haberlo prestado y no vas a poder estudiar.

Recuerda, sé sincero y no ocultes lo que piensas y quieres.

Pedir o rechazar favores. Al expresar de forma amable y considerada, se tienen mayores probabilidades de conseguir lo que se quiere, pero siempre se debe tener presente que la otra persona tiene el derecho a decir "no".

Ejemplo pedir favores: *Quieres jugar basquetball, pero no llevas balón y te gustaría que una persona que está jugando te lo prestará.*

Tú: No tengo nada con qué jugar.
 Otro: Lo siento, no puedo ayudarte.
 Tú: ¿Puedo jugar con tu pelota cuando termines?
 Otro: No, me la voy a llevar a casa.

Pasiva ya que no has expuesto de forma clara lo que querías y posiblemente tengas

Tú: Me he olvidado de traer la mía y no podré jugar sin tu pelota.
 Otro: Lo siento pero tengo que llevarla a casa.
 Tú: Bueno, gracias, tendré que hacer otra cosa.

Asertivo, dado que has explicado de forma adecuada los motivos por lo que necesitabas que te hiciera el favor, has aceptado la negativa y decidido otra alternativa y es muy probable que la otra

Preguntar porque. Ayuda a aclarar ambigüedades, equivocaciones y malentendidos que podrían dar lugar a situaciones desagradables o

vergonzosas, además obtenemos información que puede influir en nuestras decisiones y en el curso de la acción que elijamos.

Ejemplo de Preguntar: *Tu familia está a la mesa, comiendo postre.*

Padre: no quiero que salgas esta tarde.

Tú: ¡Hay papá, esta tarde no ¿Qué problema hay en que salga?.

Padre: Muy bien, tú lo has querido, en la tarde vamos a ir todos al cine, pero puede que tú te quedes en casa para estudiar.

Respuesta agresiva porque has sido irrespetuoso y has llevado la contraria, no has pedido información adicional y no has expuesto tus motivos por los que necesitabas la información, has fallado al exponer tu punto de vista.

Padre: No quiero que salgas en la tarde.

Tú: ¿Puedo saber porque? quería salir un rato.

Padre: pensaba que ésta noche podríamos ir todos al cine.

Respuesta asertiva porque has expresado tu deseo por salir a jugar de forma adecuada y apropiada sin hacer que tu padre se enfade y has expuesto tus motivos para preguntar porque.

Solicitar un cambio de conducta, así como es importante hacer saber a los demás que su comportamiento nos molesta o nos transtorna, también el hacer una petición diplomática respecto del cambio de conducta de la otra persona puede ser mutuamente beneficioso, pues la otra persona puede ser capaz de cambiar una situación incómoda y la persona a quien le solicita el cambio recibe una información necesaria.

Ejemplo de solicitar un cambio de conducta: *Una persona sentada delante de ti en el cine, habla tanto que te cuesta oír la película.*

Tú: Perdona, pero tengo alguna dificultad para oír la película ¿Le importaría hablar más bajito?.

Otro: ¡Oh no me di cuenta!. Lo siento.

Tú: Gracias.

Respuesta Asertiva por decirle a la persona la conducta que querías que cambiara de manera educada y has conseguido que sin humillarla, de

Tú: (hablando alto sin dirigirte a la persona que está hablando) ¡Cielos! Sería fantástico poder oír la película.

Otro: (Puede que no se de cuenta que te refieres a él) ¿Me hablas a mí?.

Tú: Más o menos.

Otro: ¿Por qué no lo decías?.

Respuesta Pasiva ya que no te dirigiste directamente a la persona indicada, la persona pudo haberte entendido mal o no haber escuchado tu petición de cambio de conducta.

Defender los derechos propios. Es un acto de afirmación de uno mismo en situaciones en las que se han infringido o violado un derecho a propósito o

accidentalmente. Por ello debes conocer y aceptar tus derechos y saber cuando son violados y comunicarles a los demás lo que están haciendo.

Ejemplo de defender los derechos: *Estas formado para dejar tus cosas en la paquetería, llega una persona y se mete delante de ti.*

Tú: Oiga, todos estamos formados esperando turno, por favor pase al final de la fila.

Otro: Hay no seas malito, déjame pasar primero, por que tengo prisa.

Tú: Lo siento mucho, yo también quiero salir de aquí lo más pronto posible, lo mejor será esperar nuestro turno, haga el favor de formarse para que sea menor su espera.

Otro: Bueno, Gracias.

Asertiva porque sin humillar a la otra persona, has defendido tu derecho a ser atendido de acuerdo a como fueron llegando, además lograste que esa persona respetara la fila y no se

Tú: ¡Óigame, qué le pasa!, yo llegué primero.

Otro: Y que.

Tú: Permiso yo voy aquí (se pasa frente a él). La demás gente comienza a alterarse.

Agresiva ya que por medio de gritos evidencias a la persona frente a la gente, no expones porque no puede formarse frente a ti, favoreces que la

Iniciar, mantener y terminar una conversación. Al iniciar toma la forma de una presentación, saludo o pregunta, en la marcha se pueden o no incluir nuevos participantes; el cuerpo de la conversación se compone por el contenido principal del diálogo; y la conclusión de la conversación se da por mutuo acuerdo de los participantes o por el retiro de alguno de ellos.

Ejemplo de iniciar, mantener y terminar una conversación: *Hay una niña nueva en el colegio que te gustaría conocer y hablar con ella.*

Tú: ¡Hola me llamo! (nombre). Me he dado cuenta de que eres nueva y a lo mejor puedes necesitar ayuda.

Otro: Me llamo (nombre). La escuela es muy grande, me haría bien que me ayudaras.

Tú: ¡No está tan mal! ¿Has podido encontrar todas tus clases?.

Otro: No, no todas, ¿podrías llevarme a los laboratorios de química?.

Tú: Sí, vamos, bueno y si tienes alguna otra duda me puedes encontrar en los pasillos, regularmente aquí ando en los cambios de hora.

Respuesta Asertiva porque has logrado establecer una conversación con alguien desconocido, hiciste un nuevo amigo y has ayudado a que

Tú: (Pasas a su lado cada vez que la vez).

Otro: (Puede que no se percate de quien eres o puede ser que te voltee a ver pero no te ponga atención).

Pasiva, dado que nunca logras hablarle, iniciando una conversación, puede que trate de evitarte, pues

Empatizar con otros. Empatía es la capacidad de conectar de forma correcta y sincera con los sentimientos y emociones de otra persona, es ser capaz de sentir y comprender lo que el otro siente.

Ejemplo de empatizar con otros: El mejor amigo de tu hermano se ha marchado hoy y sabes que está muy triste.

Tú: ¡Oh, vamos ánimo!, que no es el final del mundo

Otro: Era mi mejor amigo.

Tú: Pero tienes más amigos.

Otro: Sí, pero no como Juan.

Agresiva ya que no has resultado de gran ayuda y puede que hayas hecho que tu hermano se sienta peor o furioso contigo.

Tú: Siento mucho que te sientas mal, es triste verle marchar

Otro: Sí, era mi mejor amigo.

Tú: Tal vez puedas escribirle o llamarle de vez en cuando.

Otro: Espero que pronto me encuentre mejor, gracias por preocuparte por mí.

Aseriva porque has ayudado a tu hermano a que se sienta un poco mejor y probablemente agradece tus sentimientos.

Recuerda, cuando haces ver que compartes los problemas del otro y participas o aceptas sus sentimientos, se dará un ambiente de comprensión y aceptación.

Afrontar y solucionar conflictos. Es la forma en la que generalmente solucionamos los problemas. Los conflictos pueden ser sobre cualquier cosa y puede implicar desacuerdo, malentendido o una diferencia de opiniones y creencias. Sin embargo, para solucionarlos es importante que pienses cómo estás actuando e intentar tranquilizante, tomar algún tiempo para reflexionar y cuando estés preparado para intentar resolverlo, podrás negociar con las personas implicadas. Entonces escucharas su postura y descubrirás cómo se sienten o quieren y después deberás exponer lo que piensas sobre el problema en cuestión; así sabrás qué tan diferentes son sus ideas o puntos de vista.

Finalmente, veras si alguno puede ceder un poco para mejorar la situación o proponer alternativas, elegir y comprometerse a llevarlo a cabo. Sin embargo, si después de haber hecho todo ello, no hay solución se puede optar por decir: *"Vemos las cosas de forma diferente, no tiene caso seguir discutiendo al respecto"*.

Ejemplo de afrontar y solucionar conflictos: *Un compañero está enfadado contigo y tú no sabes porque, dado que las cosas se están poniendo hostiles, te diriges a tu compañero.*

Tú: Oye, me gustaría saber porque estás enfadado

Compañero: ¡Seguro que sí!. Eres un chismoso,

Inadecuada resolución del conflicto, pues al enfadarte has hecho que tu compañero se enfadará más contigo, además de que no has

déjame tranquilo.

Tú: No sé de lo que me hablas.

Compañero: ¡Ya lo creo!

Tú: De acuerdo, he intentado ser amable, pero si no te gusta es tu problema.

Compañero: Muy bien apártate de mi camino.

Tú: No te preocupes no pienso ir detrás de ti.

Tú: Oye, me gustaría saber porque estás enfadado conmigo, me gustaría arreglar las cosas.

Compañero: ¡Seguro que sí!. Eres un chismoso, déjame tranquilo.

Tú: De verdad no sé de qué me hablas, hazme un favor, explícame qué pasa.

Compañero: ¡Como si no los supieras!

Tú: De verdad que no.

Compañero: Supongo que fue otro quien se lo contó al profesor ¿no?.

Tú: Yo no he hablado del profesor de ti, ni siquiera sé que ha pasado, puedes preguntárselo al profesor.

Compañero: Bueno si tú no lo hiciste ¿quién fue?.

Tú: No lo sé, pero si quieres te acompaño a preguntárselo, no quiero que estés enfadado conmigo, no tienes motivo para estarlo.

Compañero: No lo haré yo solo.

Tú: De acuerdo espero que las cosas se arreglen entre nosotros, prefiero tenerte como amigo que como enemigo.

Compañero: Está bien, lamento haberme enfadado tanto.

Tú: Estoy contento de que las cosas vayan mejor.

Resolución hábil del conflicto, tu reacción es apropiada, ya que has mostrado respeto por la otra persona, estás intentando solucionar el conflicto y probablemente has

Recuerda, ser flexible, reconoce que no sabes todas las respuestas. El primer paso para mejorar la comunicación es entender y aceptar que hay diferencias de género, en los estilos de comunicación y que pueden ser correctas o equivocadas.

Tomar decisiones. Las personas que toman decisiones hábilmente, tienen la capacidad de organizar las opciones relevantes eficazmente y de clasificarlas según sus ventajas e inconvenientes, para después elegir la mejor línea de acción y así actuar.

Ejemplo de toma de decisiones: *Tus padres te han pedido que lleves a tu hermano al cine contigo, pero tú no quieres, es una decisión difícil de tomar.*

Tus opciones son:

a) Llevar a tu hermano

b) No llevar a tu hermano

Las consecuencias buenas y malas son:

- Tus padres están contentos, pero puede que tú no te la pases bien.

- Te sentirás mal porque posiblemente

- c) No ir al cine
- decepcionarás a tus padres y es posible que tu hermano piense que no lo quieres.
- Te sentirás mal porque tú desees ir al cine.

Tu elección es: **a.** Llevarás a tu hermano contigo, así tus padres estarán contentos y puede que te la pases bien.
Tu acción es: ir al cine con tu hermano.

Existen algunos componentes de todas las habilidades sociales y son:

Las conductas no verbales. Son señales, cómo: El contacto ocular, los gestos faciales, los gestos de las manos, de los brazos, la postura y distancia con relación a las otras personas, por tanto, proporcionan información, expresan el afecto e intensidad del mensaje verbal. Las cuales hacen referencia a la capacidad de utilizar las señales no verbales que ilustren o subrayen lo que se dice de acuerdo a las personas a las que nos dirigimos y de acuerdo a la situación y lugar donde nos encontremos, por ejemplo: no saludamos de la misma manera a nuestra madre, novio(a), desconocido y tampoco lo hacemos de la misma forma si las encontramos en la escuela, un concierto, la casa. Estas señales,

Ejemplo de habilidades no verbales: *Estás muy contento de recibir un regalo (que habías esperado por mucho tiempo) por parte de tus padres.*

Tú: (Con señales apropiadas como sonrisas, contacto ocular, abrazos) Gracias a los dos, ¡Es fantástico, justo lo que quería!

Padres: Bueno, te lo merecías.

Tú: Muchas gracias, de verdad.

Asertiva porque expresaste de manera no verbal el agradecimiento y tu entusiasmo por recibir su regalo.

Tú:(Sin señales no verbales: inexpresivo, sin afecto)

Gracias a los dos, es fantástico, justo lo que quería..

Padres: Bueno, parece que no te hace mucha ilusión.

Tú: Si, gracias.

Pasiva, la comunicación es poco clara, ya que lo que dices no coincide con el mensaje no

Las habilidades sociales y sus componentes propician que al relacionarnos y comunicarnos con los demás, empleemos un lenguaje adecuado y específico de acuerdo a diferentes condiciones cómo:

Interacciones con personas de estatus diferentes, con el sexo opuesto, en grupo. Las diferencias en cuanto a estatus (nivel jerárquico), género y en grupo (3 o más individuos se comunican entre sí), juegan un papel muy

importante en nuestra comunicación diaria ya que la forma de comunicarnos cambia, sin embargo, es importante tratar de escuchar lo que los otros dicen, para que ellos sepan que nos interesa lo que dicen, hablar cuando queramos contar algo, incluyendo a quienes estén presentes, sin sesgarlos por ser de otro sexo o porque tiene un rango menor o mayor a de uno mismo.

Ejemplo de interactuar con otros: *Tu tío se está burlando de ti en broma, pero a ti no te hace mucha gracia: Tú quieres que sepas que te molesta.*

Tú: Perdona tío, sé que lo dices en broma, pero esto me avergüenza y me molesta un poco.
 Tío: Lo siento. No pensaba que te molestaría.
 Tú: Lo sé, por eso sabía que te lo podía decir.

Asertiva porque has manifestado de forma clara, cortés y respetuosa tu descontento y probablemente tu tío

Tú: ¿Quieres dejar ya de tomarme el pelo? No me hace ninguna gracia.
 Tío: Bueno, pero no es preciso que seas grosero conmigo.
 Tú: ¡Lo de siempre, no me gusta!.
 Tío: ¡Será mejor que aprendas modales!.

Agresiva, ya que puede que tu poco respeto y grosería haya herido a tu tío o le hayan hecho enfadar y probablemente has empeorado las cosas.

Recuerda, cuando la actitud es de igualdad, estando importancia a las diferencias en cuanto a las capacidades (cultura, inteligencia, fortaleza corporal), posición social (riqueza, relaciones sociales) se facilita el acercamiento mutuo.



Recomendaciones y sugerencias

Trata de comunicarte adecuadamente, pues una vez que la gente se expresa abiertamente, se siente aliviado y experimenta una mejoría en sus relaciones con las otras personas.. el expresar claramente lo que se siente y desea, evita malos entendidos, permite la verdadera satisfacción de necesidades y el establecimiento de relaciones constructivas para todas las personas.

Pon en práctica las habilidades aquí mencionadas en tu vida cotidiana, incluyendo en tu vida de pareja y sexual.

Identifica aquellas conductas que te llevan a dificultades con los demás o contigo mismo (a) y trata de modificarlas, tomando como guía lo que aquí se menciona y lo que en otros materiales citados abajo, sugieren.

Bibliografía y páginas de consulta por si te interesa conocer más

Bishop, S. (2000). Desarrolle su asertividad. España: Gedisa.

Elizondo, M., (1999). Asertividad y escucha en el ámbito académico. México: Trillas.

Goldstein, A., Sprafkin, R., Gershaw, J. y Klein, P. (1989).

Hidalgo, C. y Abarca N., (1999). Comunicación Interpersonal. Colombia: Ediciones Universidad Católica de Chile.

López, F., Carpintero, E., Fuentes, A., Hernández, A., Marcos, C., Martínez, L. y Soriano, S. (1995). Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes: Reelaboración de cómo plantear mi vida. Madrid: Siglo XXI.

Michelson, L. y Suga, D. (1983). Las habilidades sociales en la infancia. España: Martínez Roca.

Pick, S., Aguilar, A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, E., Pier, D., Acevedo, P. y Vargas, E. (1995). Planteando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes. México: Planeta.

Smith, M (1977). Cuando digo no me siento culpable. México: Mondadori.

De ahora en adelante pon en práctica las habilidades que ya conoces y que seguramente comenzaste a desarrollar durante esta sesión, pues todos tenemos derecho a comunicar y expresar nuestros sentimientos, necesidades, pensamientos y creencias".

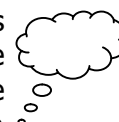


HABILIDADES SOCIALES:

TOMA DE DECISIONES Y NEGOCIACIÓN

No quiero que mis padres decidan por mí
Me cuesta trabajo tomar mis propias
decisiones ¿cómo le puedo hacer?
¿Cuáles son las ventajas y desventajas de
tomar mis propias decisiones o que
otros lo hagan por mí?

Como ya se mencionó en el tema anterior, una de las características de las personas asertivas es que tienen la capacidad de tomar sus propias decisiones (voluntariamente) y de respetarlas. Por ello, es conveniente que definas y tengas claro lo que piensas, quieres y deseas hacer o no, para que cuando tengas que tomar una decisión y lo tengas que expresar, lo hagas sin que otro (s) decida (n) por ti, sin ambigüedad y sin dejarte manipular por otro (s).



Así mismo, es importante que tomes tus propias decisiones, por que al hacerlo, aumentan de manera importante tus sentimientos de satisfacción personal y de compromiso con esas decisiones.

Existen varias formas de tomar decisiones, pero tal como se muestra en la tabla 2, algunas de ellas no implican que te involucres activamente en ellas:

Tabla no. 2. Formas de tomar decisiones que implican o no involucramiento..

Formas de tomar decisiones que no implica que tu te involucres	Formas de tomar decisiones que implica que te involucres
Dejando que otros decidan	Evaluando las diferentes opciones antes de decidir.
No decidiendo	Obteniendo información antes de decidir.
Por impulso	Evaluando las consecuencias de las decisiones.
No proponer o intentar	Balaceando las ventajas y desventajas de las diferentes opciones.
Dejando que la suerte o el destino decidan	Planeando lo deseado y actuando en consecuencia.

Para tomar decisiones por tu propia cuenta se recomienda practicar lo siguiente:

- 1.- Definir el problema u objetivo. Reconocer y definir el asunto con claridad, plantearlo en forma sencilla, concreta y específica, esto es un gran logro para la solución.
- 2.- Analizar el asunto. Examinarlo a fondo, recoger la información disponible sobre el tema, conocer varios puntos de vista y diferentes formas de enfocarlo. Se deberá intentar descubrir la verdadera causa y que parte juega en el asunto
- 3.- Explorar las opciones o las posibles soluciones al problema. Dado que en la vida no todo es blanco y negro, sino que existe una gama de grises que hacen posible vivir cada situación de distintas maneras, según lo decidamos, es necesario que tengamos el mayor número de elecciones posibles, es muy útil anotar cualquier idea por muy loca que sea, pues de lo que se trata es de ser creativo y disfruta del proceso
- 4.- Hacer una lista de ventajas y desventajas de las diferentes opciones. Se tienen que prever las posibles consecuencias a corto, mediano y largo plazo, de elegir una u otra opción.
- 5.- Elegir una solución. Es necesario discutir, calcular la probabilidad de éxito de las diferentes opciones y compararlas de ser posible con otra persona, para así escoger la que les parezca más adecuada.
- 6.- Llevar a la práctica la decisión, establecer un compromiso y responsabilizarse de las consecuencias.
- 7.- Fijar un plazo para revisar los resultados.
- 8.- Plantear otra solución, si el primer intento no fue satisfactorio.
- 9.- Reconocer y agradecer la ayuda de los demás.

Recuerda que decidir es un proceso en el que las elecciones no son correctas o incorrectas, sino que cada una implica aspectos positivos y negativos; optar por la que nos parezca mejor es un derecho.



Recomendaciones y sugerencias

Toma en cuenta lo que aquí se te sugiere cuando tomes tus propias decisiones, aún cuando sean poco importantes o triviales, ya que así poco a poco, el proceso que hagas será más fácil y sin necesidad de estar recordando o recurriendo a este manual para saber cómo hacerlo.

Recomienda a otras personas cómo pueden comportarse para tener menos conflictos.

Sugiere este material a quienes te lo necesiten y préstalo a quien te lo solicite.

Toma en cuenta las demás habilidades abordadas en el tema anterior cuando tengas que comunicar tus decisiones a otros.

Probablemente, tengas que negociar con otras personas cuando lo que tú pienses o quieres hacer involucre a otros, por ello retoma las sugerencias indicadas en las habilidades sociales sobre negociación y solución de conflictos.

Bibliografía y páginas de consulta por si te interesa conocer más

Goldstein, A., Sprafkin, R., Gershaw, J. y Klein, P., (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia: Un programa de enseñanza*. Barcelona: Martínez Roca.

Jorgensen, J. y Fautsko, T. (2001). *Cómo tomar las mejores decisiones. Conozca y aplique el QUID*. México: Diana.

López, F., Carpintero, E., Fuentes, A., Hernández, A., Marcos, C., Martínez, L. y Soriano, S. (1995). *Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes: Reelaboración de cómo plantear mi vida*. Madrid: Siglo XXI.

Martínez, F., González, E. y Díaz, J. (2002). *Formación Cívica y Ética 3*. México: Fernández editores

Pick, S., Aguilar, A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, E., Pier, D., Acevedo, P. y Vargas, E. (1995). *Planteando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes*. México: Planeta.

Michelson, L. y Suga, D. (1983). *Las habilidades sociales en la infancia*. España: Martínez Roca.

Vamos México, (2005). *Guía de padres 3*. México: Editorial infantil y Educación, S. A. De C. V.

VIRGINIDAD

- ¿Cómo se estableció el término virginidad?
- ¿Porqué se le da tanta importancia al himen y sangrado en la 1ra. relación sexual?
- ¿Es dolorosa la primera relación sexual?
- ¿Sin himen la mujer ya no vale?



La **virginidad** es un constructo social adjudicado principalmente a las mujeres y se refiere a que la mujer tenga himen y sangre en su primera relación sexual. La virginidad ha estado sometida a lo largo de la historia, en diferentes culturas a una serie de restricciones, costumbres y ceremonias cuyo objetivo es regular la sexualidad femenina, pues niega de una u otra forma el placer sexual de la mujer, haciéndole depender de los deseos sexuales del varón y disminuyendo el riesgo de búsqueda sexual de otros hombres.

1ra. Parte: Antecedentes.

Desde épocas primitivas, la forma de comprobar la existencia de la virginidad fue el matrimonio, por medio de un ritual y sagrado: "*la desfloración*": acto ceremonial que consistía en que el hombre (sacerdotes, ancianas, hombres blancos -dependiendo de la cultura-) lleva a cabo una operación donde perfora el himen, para que después el esposo o la persona indicada realizara el coito con la joven. Un ejemplo de ello fueron los Dieri y algunas tribus vecinas de Australia, donde la única prueba de la inocencia de las jóvenes era un himen intacto y por ello se realizaba la desfloración. Así, las jóvenes se consideraban el "bien" más precioso del marido.

Así mismo, la valoración que le concedían a la virginidad los antiguos israelitas, consistía en que si un hombre después de haber tomado a mujer, ella no fuese virgen, los padres debían tomar las pruebas de su virginidad y presentarlas (sábanas manchadas de sangre) a los ancianos de la ciudad en las puertas; en caso de ser falso, castigarían al hombre y le impondrán una multa de cien siglos de plata para el padre de la joven, pero si la acusación fuera verdad, se llevaría a la joven a la entrada de la casa de sus padres y la sociedad la lapidaran hasta matarla, por haber cometido infamia. Así, se impedía a los jóvenes tener relaciones sexuales antes del matrimonio, no obstante, el periodo de abstinencia no era muy prolongado, pues las jóvenes se desposaban al entrar a la pubertad.

Posteriormente en la edad media, la virginidad adquiere un valor de cambio, ya que los padres de las mujeres vírgenes podían venderlas o recibir una dote mayor por el hecho de serlo.

Así, legalmente, el término "*virgen*" aparece por primera vez en las leyes del segundo milenio, conocidas como Leyes Asirias; manifestando que cuando un hombre violara a una virgen, el padre de ella podría tomar a la mujer del violador y la abandonará a la prostitución, después, el padre daría a su hija desflorada al violador como esposa y en caso de que el violador no estuviera casado debería pagar la dote (Un tercio de plata) al padre y el padre podría forzarlo al matrimonio o aún cuando pagará la dote, el padre podría decidir casarla con otro hombre. En caso de que la virgen se hubiera entregado voluntariamente, el violador debería jurarlo para que no tocaran a su mujer y pagar la dote; reflejando así el valor de intercambio que significaba la virginidad de una mujer.

En la cultura occidental la virginidad tiene un origen religioso, ya que se toma como modelo a la Virgen María, como símbolo de pureza, como algo limpio, puro y casto. Así en diversos países, incluyendo México, la virginidad ha sido uno de los valores genéricos inculcados a la mujer históricamente cuya principal influencia ha sido la religión y la sociedad patriarcal, considerando la castidad femenina como la salvaguarda de la cohesión familiar y el instrumento que mantiene a salvo la integridad familiar, constituyendo así la posibilidad de contraer uniones matrimoniales valiosas.



Como se puede observar, el constructo de "virginidad" es exclusivo de las mujeres, pues al hombre se le permite tener relaciones antes del matrimonio mientras que a la mujer se le reprimen las manifestaciones abiertas de su sexualidad, siendo objeto de restricciones y prohibiciones acerca de ésta, propiciando sentimientos de culpa e inferioridad, motivando frustraciones y conflictos al no poder encontrar una salida favorable que permita manifestar de manera satisfactoria su sexualidad. Es por ello que se ha reconocido que la virginidad es un estado moral y cultural, mas no físico, que está influenciado por nuestras creencias y pensamientos propios de la cultura en que nos desarrollamos.

Hasta ahora, se ha abordado los orígenes y fundamentos del concepto virginidad, el cual está relacionado con la presencia del himen en un mujer. Sin embargo, ¿qué es el himen?

❖ El himen

La significación fisiológica del himen - membrana más o menos gruesa y elástica, que en general obstruye parcialmente la vagina de las vírgenes- no se conoce. En su posición central tiene orificios que permiten el paso de fluidos vaginales y uterinos como es la menstruación. Sin embargo, la diferencia entre tener himen o no puede determinar la vida de muchas

mujeres en todo el mundo, pues la virginidad aún es una mercancía en muchos países, especialmente del Tercer Mundo.

Aquella persona hombre o mujer que pierde su capacidad de decisión sobre cualquier aspecto de su vida, sobre todo de su cuerpo y su sexualidad, ha perdido algunos de sus derechos fundamentales...

2da parte. Rompiendo con los mitos de la virginidad



Desafortunadamente, en algunas sociedades la falta de virginidad sigue siendo causa de deshonra y repudio, se cree que la virginidad es un signo de integridad moral y de gran devoción religiosa. Sin embargo, la sociedad sólo se preocupa de la virginidad hasta cierta edad (mujeres jóvenes), mientras que en las mujeres de mayor edad, la virginidad es tema de chistes y de burla.

Se ha creído que una mujer con el himen intacto es virgen y la prueba irrefutable de un himen intacto es que la primera penetración del pene sea difícil, haga sangrar y cause dolor vaginal a la mujer. Sin embargo, se ha demostrado que los tejidos de la vulva antes de la pubertad son generalmente muy delgados, flexibles y delicados, por lo que cualquier actividad que someta a tensión a tales tejidos puede estirar o lastimar el himen, dando como resultado que muchas niñas y adolescentes lastimen o dilaten su himen por varias razones; durante una exploración ginecológica, por la masturbación con inserción de los dedos o de objetos, por caricias genitales con demasiada presión, o con un movimiento violento al abrir las piernas durante la práctica de algún deporte —gimnasia, tenis, natación, andar en bicicleta, montar a caballo—, o también hay algunas mujeres que nacen sin él. También puede ocurrir cuando es demasiado chica para recordar o comprender lo que ha ocurrido. Por tanto, en nuestros días, es poco probable que las niñas sangren durante su primer encuentro sexual debido a que son muy activas y una niña puede no saber que esto ha ocurrido, porque puede haber poca o nada de sangre perdida o dolor durante este evento. Además, sólo un 50% de adolescentes y mujeres experimentan sangrado la primera vez que tienen relaciones, por lo tanto las sábanas manchadas de sangre no son un indicador fiable de virginidad previa. La mayoría de los hímenes permite el paso de un dedo, pero regularmente no da acceso al pene erecto sin romperse, no obstante, hay ocasiones que un himen es muy flexible y puede resistir el acto sexual, mientras que otros se pueden romper en forma accidental y fácilmente; a partir de esto, se muestra la poca confiabilidad de la virginidad. Por tanto, el himen no desaparece mágicamente cuando se inserta algo en la vagina, sólo se estirara o rasga lo suficiente como para permitir la entrada de lo que se esté insertando. Si por ejemplo, una adolescente inserta dos dedos en su vagina mientras se



masturba, su himen aún puede rasgarse al tener coito por primera vez, ya que un pene promedio es más grueso que dos dedos.

Por tanto, la importancia concedida al "himen": Garantía de que la mujer no ha tenido ninguna relación coital, no está justificada, pues la presencia o no del himen no tiene que ver con hecho de haber tenido alguna relación coital.

Sobre el mito del dolor al romperse el himen, se sabe que, el rompimiento del himen durante el primer coito y bajo circunstancias ordinarias no es un hecho traumático, pues durante el calor de la excitación sexual la mujer siente un dolor mínimo (debido al rompimiento del himen) y el sangrado en general es ligero, así mismo, en la primera penetración, el estiramiento de la vulva también puede resultar algo doloroso, pero todos estos inconvenientes se suelen ir solucionando en las siguientes penetraciones. Sin embargo, lo que en realidad hace que el primer coito sea una experiencia dolorosa para algunas mujeres es la tensión muscular que siente una mujer angustiada, no preparada o carente de respuesta; además, de la sequedad de las mucosas vaginales, por lo que se recomienda que para evitarlo, los juegos eróticos (precoitales) sean largos, para que haya suficiente lubricación y que no sea haga de manera brusca. Otro factor que agrega problemas a la primera vez es el bagaje religioso y social, pues la mayoría de las mujeres han sido programadas desde pequeñas para odiar el sexo y ser tocadas, especialmente en las áreas íntimas y de pronto, se supone que deben disfrutar la sexualidad al casarse; lo cual les provoca muchos problemas, incluso hay parejas continúan siendo afectadas por ello después de los años.

Así, una mujer que haya tenido sexo vaginal puede tener aún presente tejido del himen; este tejido puede ocasionar dolor durante el coito. Si la pareja de la mujer tiene un pene más grande que sus parejas anteriores, o una pareja prueba una nueva técnica o posición durante el coito, su himen puede volver a rasgarse, o hacerlo por primera vez.

Sobre el mito de que la virginidad puede ser observable, pues hay quienes afirman saber reconocer a una mujer cuando es virgen o no; no obstante, no existe forma, incluso para un médico, de establecerlo con certeza, erróneamente, las personas han creído que se nota en el modo de caminar, en la forma de sus caderas, por su manera de mirar. Así que, la presencia o ausencia del himen de ninguna manera indica el estado virginal de una muchacha y nadie puede determinar por mero examen físico si una mujer o adolescente ha tenido coito o no.

Por otro lado, debido a la importancia de la virginidad en nuestra sociedad, muchas mujeres deciden por medio de una operación recuperar o más bien reconstruir su himen. Regularmente acuden a clínicas para que les realicen la **himenoplastia**: Procedimiento que rehabilita el himen, prometiendo devolver la "virginidad", se garantiza "borrar" la historia sexual de quienes opten por la intervención, la cual dura aprox. 45 min. y la cicatrización del área dura entre una y cuatro semanas y en dos meses se puede iniciar otra vez la vida

sexual, sin ninguna consecuencia física, se practica sobre todo en hospitales privados, bajo anestesia local, con un costo alrededor de \$2,000 pesos.

No obstante, los efectos secundarios son otros: El doble engaño, pues la mujer miente y finge a su pareja una supuesta virginidad, y a la vez ella misma se engaña, así mismo, los conflictos psicológicos pueden ir desde el miedo a que la descubran, sentimientos de culpa y aceptación patológica de que sin himen se tiene menos valor como esposa.

Hoy en día, las leyes permiten una serie de prácticas que pueden sustituir al coito vaginal y que no afectan la integridad del himen/ virginidad de las muchachas; así, cada vez más adolescentes y jóvenes eligen el sexo oral y el sexo anal como una forma de permanecer vírgenes. Sin embargo, son alarmantes algunos casos de virginidad con penetraciones no vaginales sin protección, porque creer que no hay riesgo de embarazo ni de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS), lo cual no es verdad, pues la penetración anal no garantiza que no ocurrirá un embarazo, dado que en algunos rarísimos casos el semen expulsado por el ano puede viajar por fuera del cuerpo e introducirse en el canal vaginal, especialmente si la mujer permanece acostada sobre su estómago después de la relación sexual. Además, en la penetración anal y oral sin condón se pueden transmitir enfermedades sexuales si éstas están presentes sin que la pareja lo sepa.

No existen respuestas específicas a las preguntas de cómo y cuando deben iniciarse en la vida sexual, sin embargo hay que recordar que es una decisión personal, que idealmente debería estar basada en una educación libre y responsable e información fidedigna.

👂 *"El valor de una mujer, su valor como persona, como ser humano, está en su capacidad para amar, para ser productiva, se halla en su inteligencia, en su ternura y compromiso, pero nunca lo podrá determinar una membrana entre sus piernas".*

Muriel (1991; citado en Amuchastegui, 2001).



Recomendaciones y sugerencias

Valora aquello que verdaderamente sea importante para ti.

No permitas que tu sexualidad este a prohibiciones en todas sus manifestaciones, infórmate y decide.

Solo tú puedes decidir cuándo comenzar tu vida sexual, es un derecho establecido por la ley.

Si tienes dudas revisa los siguientes materiales.

 **Bibliografía y páginas de consulta por si te interesa conocer más**

Amuchastegui, A. (2001). Virginidad e iniciación sexual en México: Experiencias y significados. Obtenido el 30 de Enero del 2005, desde <http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/sexualidad/texto3.htm>

Caratozzolo, D. (1995). Los destinos sexuales de la mujer: Mito y modernidad. Barcelona: Homo- Sapiens.

Ferrer, C. (2003). La verdad sobre la virginidad. Obtenido el 30 de Enero del 2004, desde <http://www.univision.com/content/content.jhtml?cid=202245&pagenum=1>

Sociedad española de contracepción (2005). Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Obtenido el 16 de Mayo del 2005, desde <http://www.sec.es/mbuscar.htm>

Sapeti, A. (2001). El sexo y el hombre de Hoy. México: EMECÉ.

MASTURBACIÓN

¿Es perjudicial para la salud la masturbación?

¿La masturbación es exclusiva de perversos?

¿Los hombres sólo piensan en masturbarse?

Es muy común que las personas no hablen sobre su sexualidad y en especial de la masturbación porque saben que es penalizado de su entorno social.

La palabra masturbación viene del término latino *manus-sturprare* que quiere decir corromper con la mano; pues en la masturbación se produce frotamiento y estimulación de los genitales con la mano y también con diversos objetos como almohadas, agua, vibradores, casi cualquier objeto es suficiente (que no sea la penetración), para obtener satisfacción sexual. El término se utiliza también para referirse a la manipulación mutua de los genitales entre los miembros de la pareja sexual durante el juego previo al coito. Se usa como sinónimo de él: La autoestimulación o automanipulación.



Entre los términos vulgares para designar la masturbación en la sociedad mexicana, figuran: Hacerse una chaqueta, jalársela, visitar a manuela.

En épocas antiguas, la masturbación era relacionada o sinónimo de procreación. Por ejemplo, se le daba gran importancia simbólica a la masturbación en los hombres, pues según la tradición Egipcia, Atón-Ra creó el universo por este proceso; donde el pene divino de Atón-Ra lanzó grandes ríos de semen que acuñaron las primeras civilizaciones (el Nilo, Eufrates y Ganges). Además, dentro de sus ritos, el semen se ofrecía a sus dioses.

El término onanismo que suele utilizarse para referirse a la masturbación proviene de un cuento religioso donde Onán derramó su simiente (semen) en el suelo en vez de cumplir el requisito del rey Levirato, que era fecundar a su cuñada viuda y al sacar el pene de la vagina para no hacerlo creó las condiciones para la condena de la masturbación: Onán = coito interrumpido, considerando que esto refería a la masturbación como un crimen ante los ojos de Dios y por el cual Onán pago con su vida.

Actualmente, ambos sexos usan con más frecuencia la estimulación de los genitales mediante las manos, pero, es común presionar una pierna contra la otra, derramar un chorro de agua sobre los genitales o moverse rítmicamente contra un objeto. Las mujeres a menudo estimulan el área del clítoris empleando saliva o líquidos vaginales que reducen las molestias del frotamiento, con menor frecuencia se introducen en la vagina los dedos u

objetos irrompibles para una mejor estimulación, los hombres mueven hacia abajo y hacia arriba la piel sobrante del pene acariciando algunas veces el glande y sosteniendo el escroto. Muchas personas emplean fantasías o elementos visibles para aumentar su excitación al masturbarse.

De igual maneaa, la masturbación continua siendo un tema con muy mala reputación y es difícil encontrar a alguien que hable a su favor, siendo que es una manera en la cual el individuo aprende a conocer su cuerpo y capacidades. Le proporciona placer en todo momento y le permite desarrollar una sensación de control y dominio en cuanto a su capacidad de proporcionarse a sí mismo placer.

La masturbación puede ser una acción normal dentro de la vida sexual humana y no necesariamente un indicador de algún problema, pues como se muestra a continuación, el ser humano va presentando éstas prácticas autoestimulantes a lo largo de su vida.

El hombre de bebé muestra un interés activo por explorar su cuerpo y lo hace, así se ocupa de sus genitales. A los cuatro meses responden a la estimulación genital de tal manera que llegan a experimentar fuertemente el placer erótico. Conforme el niño crece, la autoexploración sigue practicándola, sin dar a sus genitales un trato especial o preferente. Comienza a explorar su cuerpo con otros compañeros y si se le permite lo hace también con los adultos, por medio de juegos, abrazos, elementos de excitación más bien, la relacionan con el descubrimiento de las cosas. Los niños descubren con gran facilidad las cualidades de las cosas por el estilo. Las niñas sobre todo tienden a estimularse mediante movimientos rítmicos de los glúteos al hallarse acostadas, un niño puede enseñarse al ver a alguien o que alguien le enseñe. Así, la mayoría de las personas, cuando éramos niños comenzamos a curiosear y a tener este tipo de práctica.



Al llegar a la adolescencia, los niños son más activos en el juego sexual que las mujeres, debido a que nuestra sociedad le da un peso moral distinto. Es por ello que socialmente las reacciones hacia la práctica pueden diferir, por ejemplo, cuando un adolescente, es descubierto masturbándose, puede ser que los amigos o inclusive sus padres lo refuercen, mostrándole su aprobación; pues significa un indicador de virilidad o de que el niño ya es adulto. Otras veces la sociedad suele significar el acto realizado por hombres y mujeres como un rasgo de perversión, así los padres temen que sea un indicador de alguna alteración psicológica o que si no interfieren, entonces el niño dejará de hacer sus demás actividades para concentrarse en la masturbación.

No se puede decir que la masturbación se relacione con perversión y enfermedades mentales ya que es una actividad que la gran mayoría de las

personas realizan en alguna etapa de su vida. Nunca se ha demostrado que la masturbación cause debilitamiento físico y psicológico y mucho menos que cause locura.

Puntualmente, la práctica de la masturbación tanto a nivel individual como en pareja es **normal y ventajosa** porque favorece el conocimiento de sí mismos, de cómo proporcionarse placer a sí mismo y disfrutar el cuerpo, se aprende a valorar los genitales, es un medio para sentirse independientes sexualmente, es un buen medio por el cual se puede alcanzar el orgasmo, ayuda a relajarse y destensarse a las mujeres les permite tener lubricada la vagina y mantener un ambiente vaginal saludable, ayuda a aliviar la tensión menstrual y congestión pelviana, en los hombres mantiene el funcionamiento de los órganos de la erección y eyaculación, porque a partir de ello una persona puede enseñarle a su pareja aquello que le gusta y cómo le gusta, a los hombres les favorece para hacer que su erección dure más tiempo, es una práctica sexual legal, no engorda, es segura.

La automanipulación no es precisamente síntoma de trastornos emocionales; pues sirve para proporcionar más placer sano al repertorio sexual. La masturbación puede ser una fuerza positiva que ayude a los sujetos a descubrirse sexualmente, para comunicar a la pareja una valoración exacta de sus deseos y necesidades sexuales.

No obstante existen algunas **desventajas** cuando el practicarla ocasiona problemas a la persona en alguna área de su vida, es decir, cuando la frecuencia en la práctica es mayor a la que indica su deseo por el placer sexual, cuando se ocupa la mayor parte del tiempo para hacerlo, cuando se dejan de hacer otras cosas (salir, convivir con otros, trabajar, leer, hacer ejercicio) por tener ésta práctica, cuando se realiza compulsivamente, es decir cuando la persona no controla sus actos masturbatorios es algo así como los atracones con respecto a la comida, ya que pueden ocasionarse problemas en la respuesta sexual, también es perjudicial cuando la persona se condiciona a tener placer únicamente ante ciertos estímulos, cuando es realizada con apuros, culpas, sintiéndose sucios, miedos y mitos.



Recomendaciones y sugerencias

Tú eliges las prácticas sexuales, es un derecho.

Infórmate y resuelve tus dudas.

Toma las precauciones necesarias para su práctica.

Si algo te preocupa acude con el médico, psicólogo.

Bibliografía y páginas de consulta por si te interesa conocer más

Fallas, H. y Ververde, O. (2000). Sexualidad y salud sexual y Reproducción en la Adolescencia: modulo de capacitación para personas de la Salud. Obtenido el 15 de Abril del 2005, desde <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/reproductiva/htm>

Inteliviven.com-Venezuela, (2001). Sexualidad. Obtenido el 7 de Octubre de 2003, desde <http://inteliven.com/sexualidad/41.asp>

López, P. (2003). Mitos sexuales. Obtenido el 7 de Octubre de 2003, desde <http://www.es.geocites.com/textoyarticulos/sxll.htm>

Madaras, I. (1992). ¿Qué le pasa a mi cuerpo?: cómo ayudar a su hijo a convertirse en hombre. México: Diana.

Sapeti, A. (2001). El sexo y el hombre de Hoy. México: EMECÉ.

Sexo-sexualidad (2000). Masturbación. Obtenido el 18 de Mayo del 2005, desde <http://www.tnrelaciones.com/anexo/sexo/masturbación.html>

ORGASMO

¿Qué es un orgasmo?

¿Por qué se da el orgasmo?

¿Hombres y mujeres pueden experimentar varios orgasmos?

¿De qué maneras se puede alcanzar?



El orgasmo es parte de la respuesta sexual del ser humano, y se han establecido las siguientes fases:

Fase de deseo: es referida al sentimiento de necesidad de búsqueda de satisfacciones sexuales y suscitada por estímulos internos (fantasías) y/o externos (presencia de la persona por la que se siente atracción). Es la primera etapa de duración variada, donde la activación de centros cerebrales sexuales se expresa en el resto del organismo como sensaciones difusas o reacciones pélvicas vagas.

Fase de excitación: comienza con la estimulación sexual inicial y dura de unos minutos a horas. En la mujer ocurren cambios en los genitales externos: Erección del clítoris, engrosamiento y aplanamiento de los labios menores y mayores, cambia la coloración de claro a oscuro, lubricación vaginal. Al final de esta fase, el clítoris se retrae, el orificio del cerviz se abre, el tercio externo de la vagina se vasodilata y los genitales adquieren una coloración intensa. En el hombre, la primera manifestación de excitación es la erección del pene; ellos obedecen a modificaciones y ajustes en el área cardiovascular, pues el corazón aumenta la frecuencia de latidos por minuto y acelera la circulación sanguínea, los testículos aumentan su tamaño, rotan sobre su eje y se acercan al cuerpo, ya que se contrae el escroto y las glándulas bulbouretrales secretan gotas de líquido para limpiar la uretra.

Fase de orgasmo: Las contracciones musculares en ambos sexos son involuntarios, rápidas y sensaciones placenteras que posteriormente dan paso a una gran relajación (resolución). La frecuencia cardíaca y respiratoria alcanzan su nivel máximo, así como el rubor sexual y la sudoración. En el hombre se producen contracciones en el epidídimo, las vesículas seminales, la próstata y los conductos deferentes, lo cual provoca la eyacuación del líquido seminal hacia la uretra y el esfínter vesical se cierra, la emisión es seguida de contracciones rítmicas de los músculos de la base del pene y que al expulsar el semen al exterior se acompañan de sensaciones placenteras. En la mujer se producen contracciones musculares tanto uterinas como vaginales.

Al finalizar el orgasmo, se inicia la **resolución**, donde las estructuras biológicas regresan al estado en la que se encontraban antes de la preexcitación. No obstante, si durante la resolución, se continúa la



estimulación adecuada, la mujer puede volver a presentarse otro orgasmo y en el caso del hombre, puede ser que durante la relación haya experimentado otros orgasmos, sin embargo una vez que haya expulsado el semen, deberá esperar un tiempo considerable de acuerdo a sus características, para volver a responder a los estímulos sexuales (periodo refractario).

Dada la falta de información que las personas tienen respecto al tema, regularmente escuchamos algunas de las siguientes frases, sin embargo, puede ser que no sea verdad, por ello, se presenta información que lo aclara

1. No llegar al orgasmo puede producir molestias, dolor o cáncer. No tiene fundamento tal aseveración, pues cuando hay un alto grado de excitación y no se llega al orgasmo, sólo se siente una leve tensión en los órganos genitales. De hecho, después de un periodo de excitación se puede anticipar el orgasmo a voluntad, pero las tensiones prolongadas, en general, provocan irritabilidad e inquietud si no se alivian mediante el orgasmo. No obstante, no tiene que ver con que haya una molestia tan grande que pueda ocasionarle dolor o cáncer como se dice popularmente, más bien es una molestia de tipo emocional.



2. No se puede llegar al orgasmo sin coito. A veces la presión rítmica o continua sobre el monte de Venus basta para lograr el orgasmo, otros emplean esta manera simplemente porque la encuentran más estimulante; cualquier objeto razonable les servirá: Una almohada, una toalla entre las piernas, para frotarse y hacer presión y así, a menudo puede lograr el orgasmo sin palpar siquiera los propios genitales.

Hay mujeres a las cuales, la masturbación y otras modalidades de estimulación directa sin el coito, les proporciona más orgasmos, en sucesión más rápida y con una respuesta física más intensa. Sin embargo, los orgasmos debidos al coito se consideran como más satisfactorios emocionalmente y relajantes en la vagina. Otras, alcanzan el orgasmo mediante fantasías un poco intensificadas por la rítmica compresión de los músculos, para producir la estimulación del clítoris y otras se vuelven orgásmicas como respuesta al besuqueo apasionado y a la caricia de los senos, pero sin contacto con los órganos sexuales pélvicos.

La mayoría de los hombres hayen que es más fácil y satisfactorio alcanzar el orgasmo por medio del coito que mediante otros métodos.

3. Las mujeres sólo pueden llegar al orgasmo cuando encuentran al hombre adecuado. Es cierto, en parte sólo si con el término "hombre adecuado" se hace referencia a que el hombre sea deseable sexualmente por la mujer, pues con frecuencia, las mujeres no pueden funcionar sexualmente si no están involucrados sentimientos de amor, intimidad y comprensión hacia el compañero. Sin embargo, como se vio anteriormente, por medio de la masturbación, tanto la mujer como el hombre pueden alcanzar un orgasmo, incluso se menciona que por medio de este método, algunas personas logran mejores orgasmos que por medio del coito, por lo que ni siquiera es necesario tener una pareja para experimentarlo.

4. *La mujer requiere de más tiempo llegar a un orgasmo.* Es cierto que los varones responden con más rapidez a la estimulación sexual y que son capaces de alcanzar el orgasmo antes que las mujeres y es debido a que las mujeres responden con más lentitud y deben estimularse durante periodos más largos si se quiere lograr el orgasmo.

El tiempo aproximado que le toma a la mujer llegar al orgasmo va de 10 a 20 minutos antes de llegar al clímax, mientras que el varón promedio necesita entre 2 y 4 minutos después de la penetración. No obstante, las mujeres pueden llegar al orgasmo, en un tiempo tan corto, como de quince o treinta segundos. La disparidad entre los sexos para lograr el orgasmo con el coito están relacionadas, por tanto, no con diferencias fisiológicas fundamentales, sino con los elementos mecánicos y psicológicos del acto sexual.

5. *El orgasmo masculino es sinónimo de eyaculación.* El varón también puede presentar orgasmos que no necesariamente estén acompañados de eyaculación; de la misma manera, se sabe de eyaculaciones que se presentan sin las contracciones musculares, que a su vez pueden acompañarse o no de la sensación placentera del orgasmo. Todo esto significa que para el varón orgasmo y eyaculación son dos fenómenos diferentes, que si bien muchas veces se presentan simultáneamente, también pueden aparecer separados.

El orgasmo se experimenta por hombres y mujeres como un intenso placer aunque sus elementos subjetivos varíen algo entre los sexos. En los varones adultos, las sensaciones del orgasmo están ligadas a la eyaculación que ocurre en dos etapas. En la primera, existe la sensación de que la eyaculación es inminente y no se puede hacer nada para detenerla. En la segunda hay una clara advertencia de la uretra contrayéndose, seguida por la salida del líquido a presión. Sin embargo, la eyaculación y el orgasmo son dos procesos separados. El orgasmo puede experimentarse por ambos sexos y con toda probabilidad en cualquier edad. Consiste en la descarga neuromuscular de las tensiones sexuales acumuladas. La eyaculación, por otro lado se experimenta sólo por los hombres después de la pubertad, cuando la próstata y las glándulas accesorias se vuelven funcionales.

Algunos hombres experimentan el orgasmo sin eyaculación y otros tienen eyaculaciones retrógradas, lo que significa que el semen se descarga en el interior de la vejiga, y no a través del pene. Debido a la falta de evidencia externa, parece que el hombre con este trastorno no eyacula, aunque en realidad lo hace. "Orgasmo seco" es el nombre designado a la ausencia de secreción seminal del pene en el momento del clímax y surge por alguna anomalía en la unión de los conductos eyaculatorios y la uretra dentro de la próstata. Este trastorno puede deberse a alguna intervención de cirugía plástica, un accidente, el empleo de medicamentos antihipertensores. Contrario a ello es "la anhedonia eyaculatoria", el término otorgado a la eyaculación que no va acompañada de un orgasmo y puede ocurrir en los hombres físicamente normales, en los cuales la mecánica de la función sexual está intacta, pero la eyaculación, no les produce ningún placer. Cuando los

hombres llegan al clímax pero experimentan poco placer, la disminución del placer orgásmico, por lo general, es de origen psicológico y refleja la falta de satisfacción con la relación sexual, o la presencia de barreras emocionales, como el temor, la ansiedad, la agresividad, la hostilidad, la fatiga.

6. *La mujer sólo puede tener un orgasmo si se le estimula el punto G.* Muchas mujeres hacen referencia a que sólo logran el orgasmo si en el momento de mayor excitación cierran las piernas y al momento de cruzarlas se desencadena. Probablemente ello sucede porque al cerrar las piernas, el pene se eleva y de este modo estimula tanto al clítoris como al punto G, pero no sólo es ésta la manera de llegar a él para todas las mujeres, pues hay quienes logran el orgasmo de manera exclusiva mediante la estimulación directa del clítoris; por tanto, el clítoris y la vagina responden del mismo modo sin que cuente cuál de los dos es estimulado o, en todo caso, aun si ninguno participa en forma directa, pues también se puede dar a través de la manipulación de los senos).

7. *Las lesbianas son dos veces más aptas para experimentar un orgasmo y ser multiorgásmicas.* Las lesbianas son más susceptibles a alcanzar el orgasmo y para alcanzar orgasmos múltiples en cada encuentro sexual (pero no las hace exclusivas, ya que las heterosexuales también lo suelen experimentar tanto con la pareja como individualmente). Lo cual, se debe a que el orgasmo y la intensidad de respuesta sexual son más viables a través de la masturbación y la manipulación digital que a través del coito.



Recomendaciones y sugerencias

El conocer tu cuerpo y conocer aquello que te agrada te ayudará para que cuando tengas relaciones sean más placenteras.

Consulta diferentes materiales sobre la respuesta sexual masculina y femenina, incluido el orgasmo para conocer más acerca de ello.

Existen algunas técnicas que pueden ayudarte a incrementar el placer, el número de orgasmos y la duración, las cuales puedes conocer y poner en práctica, encuéntralas en los materiales sugeridos.



Bibliografía y páginas de consulta por si te interesa conocer más

Alvarez- Gayou, J. (1996). *Sexualidad en la pareja. México: El Manual Moderno.*

Fallas, H. y Ververde, O. (2000). *Sexualidad y salud sexual y Reproducción en la Adolescencia: modulo de capacitación para personas de la Salud*. Obtenido el 15 de Abril del 2005, desde <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/reproductiva/htm>

Insúa, P. (1999). *Programa de Formación de formadores para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. En Manual de Educación Sanitaria: Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas*. Obtenido el 14 de Septiembre del 2004, desde <http://mir.es/pnd/publica/pdf/maedsan.pdf>

Pick, S., Aguilar, A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, E., Pier, D., Acevedo, P. y Vargas, E. (1995). *Planteando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes*. México: Planeta.

Madaras, I. (1992). *¿Qué le pasa a mi cuerpo?: Cómo ayudar a su hijo a convertirse en hombre*. México: Diana.

Madueño, C. (2004). *El Sexólogo en casa*. España: Diana.

Master, W. y Johnson, V. (1978). *Respuesta sexual humana*. Argentina: Intermédica.

Monroy, A. (2002). *Salud y Sexualidad en la adolescencia y juventud*. México: Pax México.

Sapeti, A. (2001). *El sexo y el hombre de Hoy*. México: EMECÉ.

Sexo-sexualidad (2000). *Orgasmo*. Obtenido el 18 de Mayo del 2005, desde <http://www.tnrelaciones.com/anexo/orgasmo/index.html>



MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y DE PREVENCIÓN DE ITS

¿Los anticonceptivos producen cáncer?
 Mi amiga se toma unas pastillas y le han funcionado,
 cuando yo tenga relaciones sexuales
 ¿podré tomarlas también?
 ¿Cuáles son las medidas necesarias
 para elegir un método?

La **anticoncepción** se define como la serie de barreras que en forma voluntaria se utilizan para inhibir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en edad fértil ya sea de modo temporal o permanente y se clasifican así:

Temporales:

- Naturales
- Hormonales
- De barrera
 - . Químicos
 - . Mecánicos



Quirúrgicos definitivos o permanentes:

- Vasectomía
- Salpingoclasia

Erróneamente se ha creído que con la penetración anal se evita el embarazo y lo utilizan como método, pero este tipo de penetración no garantiza la anticoncepción, ya que en algunos casos, el semen expulsado por el ano puede viajar por fuera del cuerpo e introducirse en el canal vaginal, especialmente si la mujer permanece acostada sobre su estómago después de la relación sexual. Además, la penetración anal sin condón favorece la transmisión de enfermedades sexuales si éstas están presentes, aún cuando la pareja sexual lo sepan, pues la mayoría de las ETS no tienen síntomas visibles. De igual forma, las ITS pueden ser transmitidas a través del sexo oral, si hay alguna herida abierta, algún diente perdido recientemente o incluso una limpieza dental reciente.



Algunas personas consideran y usan como método el llamado Marcha atrás o coito interrumpido, que consiste en que el hombre retire el pene de la vagina antes de eyacular, para que el semen no se deposite en ella; sin embargo, este método no está considerado como método anticonceptivo, debido a la alta probabilidad de quedar embarazada, ya que no evita que los espermatozoides que hay en el líquido preseminal se depositen en la vagina. Y por otro lado, tampoco protege a la persona del contagio de alguna Infección de Transmisión Sexual, ni del VIH/SIDA.

Por ello, a continuación se te presenta información confiable acerca de cada uno de los métodos anticonceptivos, especificando cuáles te protegen de las Infecciones de Transmisión Sexual.



Temporales Naturales. Son aquellos que no necesitan ayuda externa de ningún instrumento. Para su utilización generalmente, es necesario que la mujer conozca, observe y controle sus ciclos menstruales. Casi todos estos métodos tienen en común "descubrir" a través de la observación la regularidad de las reglas, de la variación de la temperatura corporal o del moco cervical, en que momento se produce la ovulación, de modo que alrededor de esos días, algunos antes y alguno después, se evite el coito. Su eficacia suele ser muy cuestionada no obstante, pueden ser un buen complemento a otros y tener cierta justificación en momentos o situaciones personales.

Tipos de métodos anticonceptivos naturales: Billings, Temperatura basal, Ritmo.

Nombre del método: Ritmo.

¿Cómo se usa?: Se basa en el período fértil de 8 días asociado con el siguiente periodo menstrual, donde la pareja después de observar durante 12 meses consecutivos los ciclos más largos y más cortos, está en condiciones de predecir la duración del período fértil, restando 19 días del ciclo más corto para determinar el primer día del período fértil y restando 12 días del ciclo más largo para determinar el último día de ese período.

Efectos: No produce.

Ventajas y efectividad:

- Es efectivo para las mujeres cuyo ciclo menstrual no tiene variaciones de más de 3 o 4 días, lo cual es muy difícil ya que hay poblaciones donde el 70% de las mujeres tienen variaciones de 8 o más días.

Contraindicaciones y desventajas:

- Tiene dificultades, ya que es necesario realizar estimaciones que para muchas personas resultan confusas
- Tiene poca efectividad
- Se requieren largos períodos de abstinencia, que lleva al no cumplimiento del método.
- No protege de las ITS y del Sida.

Costos: económicos no tiene, sin embargo el tiempo invertido puede considerarse como un demasiado ya que se requieren de periodos largos de observación y registro.

Nombre: Método de la temperatura Basal.

¿Cómo se usa?: Depende del aumento de la temperatura corporal en el momento de la ovulación que indica de manera indirecta la acción de la progesterona. Debe tomarse la temperatura todos los días antes de levantarse o realizar cualquier actividad sin tomar ningún alimento por lo menos durante seis meses.

Efectos: No produce.

Ventajas y efectividad:

- Tanto el hombre como la mujer están pendientes de los cambios que ocurren en la mujer, lo cual suele favorecer la relación de pareja en cuanto al compromiso, comunicación y atención.

Contraindicaciones y desventajas:

- Dado que la temperatura puede tener variaciones, su efectividad puede ser cuestionable.
- Alta probabilidad de riesgo de embarazo no planeado.
- Se deben llevar registros precisos durante mucho tiempo.
- Algunas mujeres ovulan más de una vez por ciclo.
- Ocasionalmente los espermatozoides están vivos en el cuerpo de la mujer hasta 5 días después de la relación.
- La temperatura varía con una enfermedad, por haber ingerido alcohol o realizar cualquier actividad antes de tomar la temperatura.
- No protege de las ITS y del VIH/SIDA.

¿Cómo se consigue? Los termómetros basal especiales y los normales, se venden en farmacias e instituciones de salud, sin embargo, no todas las farmacias venden el Basal.

Costos: Además de comprar el termómetro, se tiene que hacer una inversión en cuanto al tiempo para hacer el registro de las mediciones.

Nombre: Método de Billings o del moco cervical.

¿Cómo se usa?: Predice el período fértil mediante la observación del moco cervical que en los días previos a la ovulación es claro y acuoso; durante la fase estrogénica aumenta en cantidad, se hace resbaladizo y elástico, en la fase progestacional se vuelve escaso y seco, hasta el inicio de la siguiente menstruación. Los días ideales para el coito son los secos (Después de la menstruación) hasta detectar el moco, por lo que a partir de ese momento debe haber abstinencia hasta el cuarto día después.

Efectos: No produce.

Ventajas y efectividad:

- En general la efectividad de los métodos naturales puede ser de un 70 y 80% en condiciones habituales de uso.

Contraindicaciones y desventajas:

- La dificultad de este método es la imprecisión para detectar exactamente el momento de la ovulación y los cambios en el moco. Existe la posibilidad confundir el moco con leucorrea o con restos de semen en la vagina.
- No previene las ITS y el VIH/SIDA.

Costos: Económicos no tiene, la inversión es en cuanto al tiempo requerido para detenerse a observar los cambios.

Temporales Hormonales. La anticoncepción hormonal se basa en la utilización de hormonas femeninas, estrógenos y progesterona, a veces esta última sola, en dosis suficientemente altas para lograr la inhibición de la ovulación. Y como es evidente si no hay óvulo es imposible la fecundación. Actúa de forma temporal y reversible.

Tipos o presentaciones: Las hormonas se pueden administrar de distintos modos; en pequeñas píldoras, por vía oral, que se suelen presentar en tabletas de 21 comprimidos, en inyectables, parches o implantes. Aunque en todos los casos la eficacia es muy alta, prácticamente absoluta.

Nombre: *Pastillas.*

¿Cómo se usan?: Se debe iniciar tomando una pastilla en los primeros días del ciclo menstrual y administrarse diariamente, reiniciándose un nuevo ciclo al concluir el previo, dependiendo de la presentación 21 o 28 pastillas.

Efectos: Náuseas, vómito, sensación de presión en el pecho, manchado entre reglas y dolor abdominal.

Ventajas y efectividad:

- Además de bloquear la producción de óvulos, la píldora anticonceptiva altera el moco cervical del cuello uterino, impidiendo la penetración de los espermatozoides y modifica el endometrio, dificultando una posible anidación de un óvulo fecundado.
- Es un método reversible.
- Reducen la anemia.
- Los ciclos menstruales se hacen más regulares, con menos cólicos y menos sangrado.
- Hay menor probabilidad de presencia de acné, de bajas en los niveles de hierro.

Contraindicaciones (no es recomendado para personas con ciertos padecimientos) y desventajas:

- Tromboflebitis, enfermedad vascular cerebral, arteriopatía coronaria, hemorragias uterinas no diagnosticadas, disfunción hepática, embarazo, cáncer.
- Ya que es un medicamento que no está indicado para todas las mujeres, nunca se aconseja la "automedicación".
- En mujeres mayores de 35 años hay mayor probabilidad de coágulos, infartos, embolias y tumores en el hígado.
- Están contraindicadas para mujeres que permanecen inmóviles durante mucho tiempo por diversas razones, a mujeres que padecen alta presión arterial, hepatitis, diabetes, sobrepeso y fumadoras, con problemas de coágulos, inflamación de las venas, problemas hepáticos, sangrados vaginales fuera de la menstruación, cáncer uterino o mamario, e historia de diabetes en la familia.
- No previene de las ITS y mucho menos del VIH/SIDA.

Indicaciones médicas

- Para las mujeres que requieren de protección anticonceptiva temporal de alta seguridad, reversible, en período intergenésico.
- Para su ingesta son importantes los controles médicos tanto para su indicación como posteriormente para su seguimiento.
- Además puede interactuar con otros medicamentos y éstos, a su vez, con la píldora, por lo que siempre debe advertir qué es "usuaria".
- Si aparecieran efectos secundarios más allá del "malestar" propio del primer mes de toma o del hecho de que la regla se vuelva más escasa y menos dolorosa, debería consultarse con el ginecólogo.
- Es importante seguir las indicaciones y no olvidar ninguna toma.

¿Dónde se pueden conseguir?: En cualquier farmacia, regularmente con receta médica.

Costos: a partir de 65 pesos.

Nombre: *Implante subdérmico.* Es un reservorio de 6 cápsulas, el médico lo coloca por debajo de la piel en forma de abanico y libera 30 microgramos de la hormona diariamente.

¿Cómo se usan?: Se insertan subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina. Se puede usar antes del primer embarazo, cuando el uso de estrógenos esté contraindicado, en intervalo intergenésico, posparto o poscesárea con o sin lactancia, posaborto.

Efectos: Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica, migraña foca, alteración de los periodos, dolor en los pechos y aumento de peso.

Ventajas y efectividad:

- Los son de acción prolongada, su duración es de hasta 5 años, su efectividad es de hasta el 99%.

Contraindicaciones(no recomendado para personas con ciertos padecimientos) y desventajas:

- Su eficacia disminuye en mujeres obesas.
- Embarazo o sospecha de embarazo, cáncer mamario, tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática aguda o crónica, administración de rifampicina o anticonvulsionantes.
- No protege de ninguna de las Infecciones de Transmisión Sexual ni del VIH/SIDA.

Indicaciones médicas:

- Requiere de un procedimiento específico para colocarlo y retirarlo.
- Recomendadas a las mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas, multíparas, mujeres con un ciclo menstrual regular que deseen un anticonceptivo hormonal de larga duración que no requiere de la toma o aplicación periódica.
- Recomendada a mujeres que no pueden garantizar "la toma diaria", ya sea por motivos personales, psíquicos o sociales. Por supuesto que requieren de controles médicos.

¿Dónde se pueden conseguir? Sólo en algunas clínicas, especialmente en las privadas

Costos: Aproximadamente 5 mil pesos.

Nombre: Las pastillas de emergencia o “Píldora postcoital, del día después”. Es una posibilidad para evitar el embarazo no deseado, “no es un método usual de anticoncepción”.

¿Cómo se usan?: Hay dos tipos de pastillas, con la marca especial se toman dos pastillas inmediatamente después del coito y otras dos 12 horas después de la primera toma. Con la marca tradicional se toma una pastilla tras el coito no protegido, siempre que no hayan pasado 72 horas desde que se produjo, y otra a las 12 horas después de la primera toma.

Efectos:

- Se retrasa la ovulación impidiendo la fecundación.
- Se evita la “anidación” del óvulo fecundado en el útero y se cambia la movilidad de las Trompas de Falopio dificultando el acceso de los espermatozoides.
- Espasmos dolosos.

Ventajas y eficacia:

- Su eficacia va más allá del día siguiente, pero no pasa de las 72 horas desde que se tuvo el coito no protegido o la relación de riesgo. Pasado ese tiempo su uso ya no está recomendado y de hecho no se prescribe.
- La eficacia de las dos posibilidades es prácticamente absoluta 99%, sobre todo cuanto más próxima esté su ingesta al momento del coito.

Contraindicaciones y desventajas:

- Parejas que tuvieron relaciones sin prevenir el embarazo no deseado, jóvenes que no estén preparados para el embarazo, cuando el condón se rompe o un diafragma o DIU se desplace, para mujeres que sufrieron una violación.
- No previene de las ITS y del VIH/SIDA.

¿Dónde se pueden conseguir? En cualquier farmacia y en ocasiones es necesaria la receta médica.

Costos: a partir de 95 pesos la caja.

Nombre: Inyecciones.

¿Cómo se usan?: Su aplicación es por vía intramuscular profunda en región glútea, su primer aplicación debe ser en los primeros 5 y 7 días después del inicio del ciclo menstrual y cada mes o bimestre o trimestral según el tipo de inyección

Efectos: Irregularidades menstruales, amenorrea, cefálea, mastalgia, aumento de peso.

Ventajas y eficacia:

- Son altamente eficaces (99%).
- Se aplican en forma trimestral (medroxi-progesterona), bimensual (enantato de noretisterona) y mensual (combinación de progestinas y estrógenos).

Contraindicaciones (no recomendadas) y desventajas:

- Embarazo o sospecha de embarazo, cáncer mamario, tumoración hepática benigna o maligna, enfermedad hepática crónica, administración crónica de anticonvulsivos o rifampicina
- No protege a la persona de las ITS y del VIH/SIDA.

Indicaciones y sugerencias médicas:

- Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas, multíparas, antes del primer embarazo, en intervalo intergenésico, en el posparto, poscesárea con o sin lactancia y desean un método inyectable, en el posaborto.
- Requiere supervisión médica, cada año y cuando se estime necesario por el médico y la usuaria.

¿Dónde se pueden conseguir? En cualquier farmacia y en ocasiones con receta médica.

Costos: De 40 pesos en adelante, en instancias públicas son gratuitas, sin embargo, en ambos casos se debe comprar la jeringa.

Nombre: *Parches.*

¿Cómo se usan?: El lugar del cuerpo donde se ha de adherir el parche puede ser: Nalgas, parte inferior del abdomen, antebrazo o la parte superior del cuerpo. Cada semana, se rota la colocación del parche para evitar que la piel se irrite. Los parches se han de administrar durante tres semanas (21 días) consecutivas, dejando la cuarta de descanso para que se produzca la ovulación, y la correspondiente menstruación. Si por alguna casualidad el parche se despegara (algo poco probable) se debería de poner otro inmediatamente en la misma zona donde estaba el otro. De otra manera debe recurrirse a un método anticonceptivo complementario para mayor seguridad (por ejemplo, al condón). Una vez colocado el parche no debe removerse ni cambiarse de sitio; tampoco recortarlo porque por cualquiera de esas razones la eficacia disminuye al disminuir la cantidad de hormonas.

Efectos:

- Son similares a los de la píldora, (pueden provocar dolor abdominal, náuseas, síntomas en el pecho). Es posible que se produzca cierta reacción en la zona donde se ha colocado el parche, a la vez que irritación.
- En la mujer sana y que no fuma los riesgos son muy pocos e infrecuentes y leves, como en el caso de los anticonceptivos orales, e incluyen un ligero riesgo de coágulos en las venas de las piernas o de la extensión de esos coágulos al pulmón y de hipertensión.
- Otros efectos también son los observados en algunas usuarias con los anticonceptivos orales como dolores de cabeza, dolor o sensibilidad de los senos, menstruación irregular, ganancia de peso, náuseas, vómito. Otros efectos, así mismo infrecuentes, son las manchas de la piel de la cara (cloasma) y disminución del deseo sexual.
- Irritación en el sitio de aplicación es un efecto secundario de los parches que ocurre en 2% de los casos.

Ventajas y efectividad:

- La administración cutánea de los parches presenta ventajas ya que los vómitos, diarreas,... no afectan a su capacidad anticonceptiva, a diferencia de las pastillas.
- No supone ningún impedimento para bañarse, hacer deporte o soportar altas temperaturas.
- No interfiere con el juego sexual previo al coito y con la espontaneidad de la relación sexual.
- Los periodos menstruales tienden a ser más regulares y la hemorragia menor, previniendo así la anemia, ya que la falta de hierro secundaria al sangrado es menor.
- La dismenorrea (dolor menstrual) disminuye y la usuaria tiene menor riesgo de cáncer del ovario, del endometrio o del útero.
- Al ser de uso semanal evita los olvidos y también la medicación diaria. El parche es extraordinariamente FINO Y FLEXIBLE, por lo que no se nota que se lleva puesto.
- La fertilidad retorna con solo suspender la aplicación de los parches.
- El parche es eficaz desde el principio.
- Tiene una efectividad del 95 al 99% si es usado correctamente.

Contraindicaciones y desventajas:

- Está contraindicado para las mujeres de más de 90 kilogramos, o las fumadoras de más de 35 años, que padezcan algún tipo de cáncer, coágulos de sangre o antecedentes de ataque cardiaco.
- No protegen de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA.

Indicaciones médicas:

- El parche no puede colocarse en los senos o mamas o en la parte lateral o alta del brazo.
- Si el parche se cae, por cualquier causa, puede ser reemplazado sin problemas en las próximas 24 horas.
- No obstante antes de usarlo, debe realizarse obviamente una precisa y exhaustiva revisión por el médico ginecólogo.

¿Dónde se pueden conseguir?: En cualquier farmacia.

Costos: Alrededor de 160 pesos.

Temporales de Barrera. Son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por acción de un obstáculo físico, acompañados o no de una sustancia química. Tienen más eficacia como anticonceptivos y previenen infecciones, como el preservativo que es el remedio más eficaz para evitar la transmisión de la mayoría de infecciones de transmisión sexual, incluida el VIH/SIDA.

Tipos o presentaciones: Se suele hablar de barreras mecánicas para referirse al diafragma, al preservativo masculino y al preservativo femenino (además, ambos preservativos protegen contra ITS y el VIH/SIDA); en cuanto a las barreras de tipo químico están los espermaticidas (esponjas, cremas, pomadas).

Nombre: Condón masculino y femenino.

¿Cómo se usan?: En el caso del condón masculino, consiste en que la funda Látex, se coloca en el pene erecto antes de introducirlo en la vagina para evitar el paso de los espermatozoides y de algunas infecciones. Algunos condones contienen nonoxinol-9 que es un espermaticida. Con el condón femenino lo que se hace, es colocarlo en el interior de la vagina antes del encuentro sexual (para tener una mejor guía en su uso consulta las hojas que el coordinador te proporcionará al respecto). pretende impedir que los espermatozoides alcancen el útero, a través de una vagina de poliuretano sostenida por dos anillos que se introduce en la vagina (preservativo femenino) o un capuchón de caucho que se ajusta al cervix e impide el paso del esperma.

Efectos: No produce.

Ventajas y efectividad:

- No requiere de receta médica.
- Se adquiere en cualquier farmacia o centro comercial.
- No tiene efectos colaterales a menos que exista una alergia al material de látex o espermaticidas.
- Favorece la participación de ambos en la relación de pareja.
- **Protege contra ITS, incluyendo el VIH/SIDA** (el femenino reviene todas, el masculino protege de todas, excepto de Penediculosis, herpes en las piernas).
- Favorece la privacidad de la relación.
- Se usa con facilidad.
- Muchas parejas aprovechan el momento de la colocación del condón masculino como una parte del juego sexual que antecede al coito.
- Puede ayudar a los hombres con tendencia a la eyaculación precoz.
- El método puede tener una eficacia del 85 al 98% en condiciones habituales de uso.

Contraindicaciones y desventajas:

- Puede romperse si no se usa correctamente.
- Los condones hechos con piel animal ofrecen menor protección que los de látex.

Indicaciones médicas:

- Colocarlos antes de introducir el pene a la vagina y no cuando se sienta que se va a eyacular.
- No utilizar lubricantes a base de aceite, vaselina o cremas.
- Depositar el condón utilizado en el bote de basura, enredándolo en papel de higiénico, evitando tocar los fluidos.

¿Dónde se pueden conseguir? En cualquier farmacia y tiendas de autoservicio, sin prescripción médica.

Costos: Desde 3, 50 en las condonerías (marca Don Juan).

Nota: Consulta la hoja de colocación del condón femenino y masculino que te proporcionó el coordinador. Consulta las direcciones de las condonerías en tu tríptico.

Nombre: Los espermaticidas. Se venden en su formato crema, óvulos, espumas o esponjas, éstos generalmente contienen nonoxinol-9 o cloruro de bencetonio.

¿Cómo se usan?: Se aplica dentro de la vagina con los dedos o con un aplicador delgado 15 o 20 min. antes del coito y no se debe asear el área vaginal después del coito, sino después de seis horas.

Efectos: Rara vez produce irritación.

Ventajas y efectividad:

- Son fáciles de adquirir, de usar, son relativamente económicos, no hay nada que quitar después del coito.
- Este método utilizado de acuerdo con las instrucciones puede dar una efectividad del 80 al 90% y combinado con otro método puede incrementar su efectividad.
- No requiere receta médica, el riesgo médico es mínimo, ofrece posibilidades de privacidad, protege contra algunas ITS, tiene un bajo riesgo de fracaso si se utiliza el condón o diafragma.

Contraindicaciones y desventajas:

- Rara vez causan irritación genital, deben utilizarse tal como se indica para que tengan su efecto.
- Algunas mujeres se quejan de que hay escurrimiento del producto, posterior a su uso de debe hacer limpieza con agua y jabón.
- Puede existir hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.
- No protege de la mayoría de ITS y del VIH/SIDA.

Indicaciones médicas:

- Tales productos están indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas y nulíparas o multíparas, es un método alternativo para casos de intorelancia a los hormonales, durante la lactancia materna, en el período posterior a la vasectomía y cuando se quiera aumentar la efectividad de otros métodos.

¿Dónde se pueden conseguir?: Sin prescripción médica, en las farmacias y algunas tiendas de autoservicio

Costos: a partir de 30 pesos.

Nombre: Diafragma. Es una copita de hule blando, resistente y ligero con la orilla flexible, mide entre 5 y 10 cm. de diámetro

¿Cómo se usan?: Las mujeres se lo insertan antes del coito (puede ser 4 horas antes), de manera que cubran la entrada al útero y el lado que queda pegado al cerviz debe estar bien cubierto con jalea o crema espermaticida, debe dejarse puesto de 6 a 8 horas después del coito, para que el espermaticida tenga tiempo de cumplir su tarea.

Efectos: No produce.

Ventajas y eficacia:

- Su inserción es fácil.
- Puede colocarse hasta cuatro horas antes del coito.
- El hombre puede ayudar a insertarlo.
- Ni el hombre, ni la mujer sentirán que está allí.

- No interfiere en el placer sexual, se puede dejar hasta 24 hr. aún si no ocurrió el coito, si el diafragma es bien cuidado puede servir durante varios años.

Contraindicaciones y desventajas:

- Se debe utilizar el diafragma cada vez que tenga relaciones.
- De cada 1000 mujeres, 26 tienen embarazo.
- No se recomienda en mujeres con un tono muscular débil en la vagina o con obstrucciones vaginales.
- Las mujeres que se sienten incómodas al tocar sus genitales o insertarse el diafragma, no estarán a gusto con el método.
- Es susceptible de infecciones cuando no está limpio.
- Puede haber alergias.
- No previene de las ITS y mucho menos del VIH/SIDA.
- No es desechable.

Indicaciones médicas:

- Se debe acudir al médico para que este mida la distancia entre la pared trasera de vagina y el hueso púbico, a fin de seleccionar el tamaño exacto del diafragma.
- Puede utilizarse varios años este método, después de un parto o una operación pélvica el útero puede cambiar, por lo cual será necesario consultar al médico para que decida si se debe seguir empleando el mismo tamaño.

¿Dónde se pueden conseguir?: Sólo está disponible en clínicas públicas y privadas.

Costos: En instancias públicas es gratuito.

Nombre: Los dispositivos intrauterinos (DIU).

¿Cómo se usan?: Se colocan dentro del útero, para prevenir el embarazo. Son aparatos, que generalmente contienen metales activos (cobre o plata) o productos químicos, de unos 4 centímetros de largo con un hilo en uno de sus extremos para facilitar su control. Puede tener distintas formas y de ellas se derivan distintos nombres: en forma de T, 7, espirales, lazos, anillo... Al estar colocado en el útero, ya tiene de por sí un efecto barrera y además tiene cierto efecto espermicida.

Ventajas y efectividad:

- La duración de un DIU puede ser de dos a cinco años.
- Tiene alta eficacia anticonceptiva y nula protección frente a las ITS y el VIH/SIDA.
- No interfiere en la relación sexual pero requiere que la mujer aprenda, algo muy sencillo, a comprobar la presencia del hilo.
- No hay gastos adicionales después del costo del aparato y de los honorarios médicos, de hecho es gratuito en instituciones de salud pública.
- Puede brindar un 95 y 99% de efectividad

Contraindicaciones y desventajas:

- Embarazo, tumoraciones benignas o malignas de útero o cerviz, malformaciones uterinas, sangrados transvaginales no diagnosticadas,

infecciones recurrentes del tracto genital, riesgo elevado de presentar ITS y de adquirirlas, incluyendo el VIH/Sida.

- No se recomienda en mujeres con varias parejas sexuales.
- El procedimiento de inserción puede ser doloroso.
- Puede haber más cólicos menstruales, sangrado intermenstrual, puede aumentar la cantidad de sangrado o puede durar más días.
- Se puede salir el dispositivo; el 10% de ellos son expulsados por el útero.
- En raras ocasiones puede haber perforación de la pared del útero, por lo que el médico debe removerlo mediante cirugía.

Indicaciones médicas:

- El médico debe revisar el DIU cada 6 meses.
- El DIU requiere de controles sanitarios para su indicación, su colocación y después mantenerlos con cierta periodicidad.
- Método aplicado a mujeres que desean un método hormonal eficaz a largo plazo, a mujeres de posparto y lactancia.

¿Dónde se pueden conseguir?: En cualquier clínica de salud pública y clínicas privadas.

Costos: En las clínicas públicas se colocan gratuitamente y en las privadas se deben cubrir los honorarios médicos y la compra del aparato.

Permanentes Quirúrgicos. Se utiliza también la expresión de "métodos irreversibles" que, de entrada, suponen la aceptación de la irreversibilidad del procedimiento, ya que no siempre puede garantizarse la recuperación de la capacidad reproductora. Los métodos quirúrgicos son procedimientos de esterilización voluntaria, aunque en algún caso concreto pueda ser involuntaria, forzosa o el resultado de una decisión médica. La eficacia de ambas intervenciones es total, pero hay que recordar que no previenen las I.T.S. De las dos intervenciones, la vasectomía resulta más sencilla, pues no requiere de hospitalización y es suficiente con anestesia local.

Tipos o presentaciones: Salpingoclasia y Vasectomía.

Nombre: Salpingoclasia. Es una operación que requiere hospitalización y anestesia.

¿Cómo se usan?: La esterilización quirúrgica en la mujer recibe el nombre de ligadura de trompas y consiste en que el médico corte y ate las dos trompas que llevan al óvulo desde el ovario al útero, impidiendo que los espermatozoides y el óvulo lleguen a juntarse, es más fácil realizarla después de un parto. Por lo demás todo sigue igual, las hormonas, las reglas y toda la respuesta sexual.

Efectos: En los primeros días después de la intervención se pueden sentir molestias en la región de la pelvis y de las caderas, puede haber infecciones o hemorragias que son controladas con éxito.

Ventajas y efectividad:

- Las personas se pueden olvidar de utilizar otros anticonceptivos.
- Su efectividad anticonceptiva es del 99%.

Desventajas y contraindicaciones:

- No previene de las ITS y mucho menos del VIH/SIDA.
- Se requieren algunos días para la recuperación.
- Una vez efectuada la cirugía, ya no se puede cambiar de parecer o intentar una operación para revertir el método.

Indicaciones médicas:

- Pacientes en edad reproductiva, paridad satisfecha.

¿Dónde se pueden conseguir?: Acudiendo al médico y solicitando el servicio.

Costos: Es gratuito en las instituciones de Salud pública. En las privadas deberán pagarse los honorarios del médico.

Nombre: Vasectomía.

¿Cómo se usa?: consiste en la obstrucción de los conductos deferentes y es realizada por un médico. Esta operación no afecta ni a la producción de hormonas, ni a la erección, ni a la eyaculación. La única diferencia es que al seccionarse los conductos deferentes, los espermatozoides no podrán pasar de ahí, y por tanto el semen, que seguirá produciéndose en la vesícula seminal y la próstata saldrá pero sin espermatozoides.

Efectos: Tras la intervención se suelen producir pequeñas inflamaciones y leves molestias que se pueden mitigar aplicando bolsas de hielo.

Ventajas y efectividad:

- Las personas se pueden olvidar de utilizar otro método anticonceptivo, más no de uno de prevención de ITS.
- Hay personas que reportan un mayor placer sexual, lo cual se debe a que se relajan al no sentir la preocupación de protegerse de un embarazo.
- Es una cirugía económica y gratuita en el caso de instituciones públicas.
- La cirugía no afecta en lo absoluto en la erección, eyaculación, sensaciones o placer, ni en la virilidad.
- La cirugía es indolora, se lleva aprox. 10 min. y en poco tiempo se puede volver a tener relaciones sexuales.

Contraindicaciones y desventajas:

- La completa esterilidad no se logra inmediatamente después de la cirugía, pues pueden quedar espermatozoides en la zona uretral, por lo cual, al principio se necesita utilizar otro método anticonceptivo, mientras obtienen un examen de semen que demuestre la falta de espermatozoides.
- No previene de las ITS y mucho menos del VIH/SIDA.

Indicaciones médicas:

- Varones fértiles, fecundidad satisfecha.

¿Dónde se pueden conseguir?: Un médico es quien la debe realizar, es cuestión de que la persona esté de acuerdo y lo solicite.

Costos: La cirugía realizada en instituciones privadas es costosa, sin embargo en las públicas es gratuita.

"Pon en práctica las habilidades sociales para comunicarte negociar con tu pareja cuando sea necesario sobre sus relaciones sexuales y la necesidad de prevención".



Recomendaciones y sugerencias para cuando decidas elegir un método

Acude al médico o ginecólogo de preferencia en pareja, pues así ambos tendrán un compromiso mutuo en cuanto a esta parte de su vida.

Es importante que el método elegido sea eficaz, ya que para disfrutar de las relaciones eróticas y de los coitos, es evidente que hace falta seguridad y tranquilidad.

Debe ser aceptable y aceptado por ambos, de manera consciente, inocuo, es decir, que no resulte nocivo para su salud (el bienestar físico, psíquico y social) y de pareja.

Sería bueno que el método elegido sea simple, sencillo y fácilmente realizable.

Si el método resulta complejo, o alguien lo vive como tal, no sería raro que llevara al abandono o al uso inadecuado.

Conoce bien los mecanismos de acción, no es necesario convertirte en especialista, pero si te ayudará a saber a qué atenerse y a vivir el método como algo más próximo.

El método debe ser accesible en la práctica, pues su accesibilidad (recursos y lugares de adquisición) real evita la "irregularidad" a la hora de utilizarlo, así mismo, su uso no debe vivirse como una interferencia para el desarrollo gratificante de la relación sexual.

La elección de un método no ha de suponer exclusividad, debe dejar la puerta abierta a un posible cambio cuando las circunstancias personales así lo aconsejen, así como a su reversibilidad en caso de deseo de embarazo.

En los llamados métodos irreversibles: ligadura de trompas o vasectomía, habrá que tener muy claro a lo que se atiene uno, a esta edad es muy prematuro elegirlo.

Es aconsejable que sepas resolver las tus y sepas que hacer en caso de imprevistos o temores de fallos.

Una vez escogido el método, especialmente de los hormonales y mecánicos, no se debe ser esclavos de su uso, es decir, que como pareja sepan arreglárselas sin el método.

Al utilizar los diferentes métodos a excepción de los condones y espermaticidas, se debe consultar frecuentemente al médico para saber si continuar su uso o no.

Bibliografía y páginas de consulta por si te interesa conocer más

De la Cruz, C. (2002). Situaciones embarazosas: claves para situarse y prevenir embarazos no deseados. Obtenido el 23 de Noviembre del 2004, desde <http://cje.org/publicaciones.nsf/ef2e05c02233e9fdc125692b00>

Sexo con seso (n.f.). Métodos anticonceptivos (Folleto). Obtenido el 25 de Mayo del 2005, desde <http://www.sexoconseso.com.mx>

Gamón, C. (2004). Parches anticonceptivos. Obtenido el 20 de Mayo del 2005, desde <http://www.openliferevista.com/revistas/26/conxagamon.htm>

Organización Panamericana de Salud (OPS, 2004). Infecciones de transmisión sexual ITS, VIH SIDA. Obtenido el 20 de abril del 2005, desde <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161710>

Sociedad española de contracepción (2005). Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Obtenido el 16 de Mayo del 2005, desde <http://www.sec.es/mbuscar.htm>

Madueño, C. (2004). El Sexólogo en casa. España: Diana.

Martínez, F., González, E. y Díaz, J. (2002). Formación Cívica y Ética 3. México: Fernández editores

Monroy, A. (2002). Salud y Sexualidad en la adolescencia y juventud. México: Pax México.

Salud hoy, (2003). Parches anticonceptivos. Obtenido el 16 de Mayo del 2005, desde <http://www.saludhoy.com/htm/noticias/2003/ago08-1.html>

Vector, M. (2005). Los parches anticonceptivos. Obtenido el 2 de Mayo del 2005, desde <http://www.mundogar.com/ideas/reportaje.asp?ID=13107&MEN.ID=32>

[Unidad de Investigación epidemiológica y en servicios de Salud al adolescentes \(UIESSA, 2004\). Manual de autocuidado de la salud de adolescentes. Obtenido el 25 de Mayo del 2005, desde <http://148.202.92.157/uiessa/manual/index.htm>](http://148.202.92.157/uiessa/manual/index.htm)



EMBARAZO NO DESEADO Y EL ABORTO

¿Sabías que en el año 2001 habían aprox. 366 mil nacimientos en México por adolescentes y jóvenes, de los cuales más del 50% no fue deseado?
¿Sabías que aproximadamente, en México suceden 66.000 abortos anuales por adolescentes y jóvenes?
¿Sabías que en la mayoría de ambos casos no sabía a lo que se iba a enfrentar?

El embarazo en la adolescencia trae consigo algunas implicaciones que afectan de alguna u otra manera la forma de vida de la chica embarazada y de su pareja y tienen que ver con aspectos de tipo:

Biológico. El crecimiento de la chica se ve afectado, pues lo que debiera crecer en su desarrollo normal, a partir del embarazo, no sucederá, en cambio sucederán nuevos cambios en su desarrollo muscular (estiramiento del abdomen) y óseo (ensanchamiento de las caderas) principalmente. Con el embarazo y la lactancia, la ración nutritiva, la necesidad de dormir y descanso deberá aumentar, pero no serán satisfechos, debido que en la etapa de adolescencia esas necesidades también incrementan.

Sociales. Hay ciertas dificultades sociales, que se generan a partir del embarazo en la adolescente, como es el rechazo en las escuelas y trabajos. Existe una relación que establece que a maternidad temprana, baja escolaridad, pues el embarazo en la etapa escolar hace más proclives a los adolescentes a abandonar la escuela. De igual manera, en el momento en que los jóvenes se integran al mundo laboral y el núcleo familiar, se ven en la necesidad de abandonar la escuela, lo cual tendrá consecuencias negativas para su formación. Así, el embarazo y la maternidad prematuros limitan no sólo la oportunidad educacional, sino también el desempleo, lo cual tendrá repercusiones económicas desfavorables para la madre, hijos y pareja.

Por otro lado, las madres adolescentes ponen en riesgo su salud y la de sus hijos, pues en condiciones de pobreza y desnutrición, presentan mayor probabilidad de enfermar en comparación con madres mayores de 20 años en las mismas condiciones. De hecho, es muy difícil que una adolescente encinta

o madre joven pueda asegurar la autonomía social para su subsistencia y la de su hijo, puesto que ella muchas veces es dependiente de sus padres y el embarazo o el alumbramiento hará la dependencia.

Psicológicos. En la adolescente encinta se acumulan dificultades habituales de la adolescencia y la juventud, así como, problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo y las dificultades personales o familiares que favorecieron el embarazo; entre esos problemas o dificultades, están: El asumir las modificaciones de su imagen corporal mal definida, pues además de tener que acostumbrarse a los cambios de proporción y tronco (debidos al embarazo), también se enfrenta a los cambios debidos a la adolescencia. Otra dificultad que enfrenta es el saber que tiene el poder de alumbrar y el deber de educar tempranamente a un niño, que tiene que satisfacer la necesidad de dependencia que experimenta con su hijo, sin haber adquirido la propia independencia, la de tener que ser adulta siendo aún una niña., "ser madre antes de ser mujer". El embarazo suele revertir el proyecto de vida que la adolescente y/o la pareja haya planeado, suele significar el fracaso previo a cualquier intento de mejorar su condición social.

Generalmente, cuando la chica se da cuenta de su embarazo no deseado, se le presentan 2 soluciones: Conservarlo y llevar el embarazo a término, o recurrir a la interrupción del mismo. Las personas que deciden continuar su embarazo, tienen tres alternativas:

1. Ser madre soltera, con las condiciones económicas que los jóvenes tienen, los cuales muchas veces no están integrados al mundo laboral, con el hecho de no tener casa propia y tener que convivir con sus padres.
2. El Matrimonio, aún cuando la adolescente no está preparada ni para ser madre, ni para ser esposa de otro adolescente que a su vez no está preparado para ser padre y esposo. La mayoría de esos matrimonios son impuestos por los padres que solucionan el problema dándole legitimidad social. No obstante, tales casamientos suelen terminar en divorcios o en relaciones destructivas.
3. La Adopción, es una alternativa compleja que puede originar angustia y culpabilidad en la joven que generalmente toma esa decisión motivada por sus padres o novio. La mayoría presenta arrepentimiento que da lugar a secuelas psicológicas.

Con relación a la segunda opción: el aborto...

¿Qué es el aborto?

El aborto en latín significa "lejos del nacimiento" y se refiere a la interrupción del embarazo, antes de que el producto haya alcanzado un punto de desarrollo suficiente para sobrevivir (se alcanza a las 28 semanas de gestación). El aborto suele practicarse de forma espontánea o de manera inducida.

La práctica del aborto es aceptada en algunos países bajo cualquier condición, sin embargo, en otros como es el caso de México, es restringida y penalizada; no se considera como delito cuando, el embarazo es resultado de una violación, es provocado accidentalmente, pone en riesgo la vida de la mujer, si el feto tiene malformaciones genéticas, es producto de una inseminación artificial no deseada y cuando la mujer tiene razones económicas para interrumpir el embarazo y es madre de al menos 3 hijos.

Posterior al aborto y bajo cualquier condición, la mujer sufre una serie de consecuencias físicas(a corto y largo plazo), psicológicas y sociales que alteran su vida.

Físicos. A corto plazo, la mujer puede sufrir complicaciones inmediatas, de las cuales 5000 mujeres mueren en el mundo, tales complicaciones son: Infección, efusión excesiva de sangre, embolia, desgarro o perforación del útero, complicaciones por la anestesia, convulsiones, hemorragia, lesión cervical y shock endotóxico., fiebre, quemaduras de segundo grado, dolor abdominal crónico, vómitos, problemas gastro-intestinales y sensibilización de RH. A largo plazo las consecuencias se refieren a que el riesgo de tener cáncer de mama se dobla e incluso se incrementa y se vuelve a incrementar con 2 o más abortos, de igual manera sucede con el riesgo de desarrollar cáncer cervical. Se eleva el riesgo de cáncer de ovario e hígado, además de que entre un 2 y 3% de las pacientes con aborto pueden sufrir perforación del útero, al menos 1% de los abortos realizados en el primer trimestre producen desgarros cervicales que requieren sutura. Incrementa el riesgo de placenta previa en posteriores embarazos, así como riesgo de parto prematuro, complicaciones en el parto y desarrollo anormal de la placenta. Riesgo de embarazos ectópicos posteriores. Además de que puede reducirse la fertilidad en un 10%, las mujeres presentan mayores probabilidades de contraer cualquier ITS.

Sociales. Quienes interrumpen voluntariamente su embarazo, se enfrentan a la fuerte sanción moral, social y legal (castigado con seis meses a un año de prisión) ya que para la sociedad se debe cumplir el ser "mujer- madre", debido a que el aborto voluntario es considerado como delito, sin embargo la mayoría de las mujeres pone en peligro su salud y su vida al practicarlo clandestinamente y sin los recursos para recibir una atención adecuada.

Psicológicos. Se encuentra por un lado aquellas personas a las cuales obtienen beneficios emocionales, sienten un alivio tras haber realizado el aborto, y por otro se encuentra el Síndrome post-aborto (SPA), el cual se refiere no sólo al proceso de duelo, sino también a manifestaciones tanto somáticas como psicológicas:

- *Somáticas:* Se presentan alteraciones en los hábitos alimenticios (anorexia y pérdida de peso, Bulimia), náusea, vómito, dolor abdominal y sensación de vacío, palpitaciones, sensación de presión torácica,

cefaleas, tics, pérdida de fuerza, hipertensión, colitis, gastritis, migrañas y fatiga.

- Psicológicas: Culpa, Tristeza, enojo, hostilidad, desesperación, pesimismo, angustia, sentimientos de abandono, engaño y soledad, sienten rechazo por todos y sienten que merecen ese rechazo, tienen fuertes ensoñaciones diurnas y nocturnas, pesadillas (sobre niños perdidos, muertos, despedazados o que le dicen "mamá"), nostalgia, disminución del deseo sexual, llanto, insomnio e hipersomnia, pérdida de concentración y motivación, promiscuidad, muchas mujeres que han abortado dejan de trabajar, estudiar o tienen cambios constantes de trabajos, presentan baja autoestima e intentos de suicidio. Se preocupa excesivamente por el embarazo de otras mujeres, ya sea de manera hostil, con enojo, evitando a la persona embarazada o mostrando gran tristeza, suele rehusar ir a funerales, velatorios, pues la alteran profundamente.

Este síndrome es consecuencia de los sentimientos de culpa, tristeza y pérdida que siente la persona después de haber abortado. Por lo cual es conveniente que la mujer y su pareja sean asesorados antes de abortar y que reciba apoyo para superar la experiencia.

Como puedes ver una joven pareja o la madre soltera, con un hijo no deseado o en espera de tenerlo, está en una situación difícil y el abortar implica consecuencias graves para la salud de la mujer.

Por ello, es pertinente que pienses que quieres hacer con tú vida y que tomes las medidas necesarias para alcanzarlo, para no verte afectado tú, tu pareja, familia y posibles hijos.



Recomendaciones y sugerencias

Elige oportunamente un método de prevención de embarazo y de ITS.

Reflexiona sobre la pertinencia de un embarazo a tu edad.

Elige en qué momento y condiciones desearías vivir la maternidad.

Transmite tus pensamientos y discute el tema con otras personas (padres, amigas, pareja).

Bibliografía y páginas de consulta por si te interesa conocer más

Aborto en México (Aborto en, n. f.). Obtenido el 22 de Junio del 2005, desde: http://apuntes.rincondelvalo.com/aborto_en_méxico.html

Bruyn, M., (2002). *Intersección de riesgos a la salud: el embarazo no deseado, el aborto en condiciones de riesgo, y el SIDA entre los adolescentes. Ipas: El involucramiento de los hombres jóvenes en la salud sexual y reproductiva: Hacia Una Agenda Binacional de Investigación, Acción y Política Pública.* Obtenido, el 28 de enero del 2005, desde <http://www.ipas.org/publications/es/AAAPGS99.es.pdf>

Center for Reproductive Rights, (1999). *El aborto como un problema de salud pública.* Obtenido el 17 de Junio del 2005, desde http://www.crlp.org/esp_pub_fac_saludpub.html

Consecuencias Físicas del aborto (Consecuencias físicas, 1997). Obtenido el 28 de Junio del 2005, desde: http://www.nacimientovivo.org/BIENVENIDO/_NO__AL_ABORTO/Consecuencias/consecuencias.html

Ferrer, C. y Bennett, V. (2004). *Síndrome del Post-aborto (SPA).* *Psicología Científica.* com. Obtenido el 29 de Junio del 2005, desde <http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/arschnake01.htm>

Gutiérrez, M., Martín, M., García-Ramos, E., Capote, L., Rodríguez-Franco, J., De Armas, C., Marín, F., Núñez, D., Pitti, C., Morales, R., Bello, A. y Tabares, A. (1993). *Embarazos no deseados.* Obtenido el 28 de Junio del 2005, desde En: http://www.juventudcanaria.com/JUVENTUD%20DEFINITIVO/SEXUALIDAD%5Cembarazos_no_deseados.htm

Infanzón, M. (2004). *La mujer y los efectos sociales y psicológicos del aborto.* Obtenido el 16 de Noviembre del 2004, desde <http://www.bibliojuridica.org/libros/1/404/21.pdf>

López, F., Carpintero, E., Fuentes, A., Hernández, A., Marcos, C., Martínez, L. y Soriano, S. (1995). *Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes: Reelaboración de cómo plantear mi vida.* Madrid: Siglo XXI.

Madueño, C. (2004). *El Sexólogo en casa.* España: Diana.

Mc Cary, L., Mc Cary, P., Alvarez- Gayou J., Del Río C. y Suárez, L. (1996). *Sexualidad Humana.* México: El Manual Moderno.

Núñez, R., Hernández, B., García, C., González, D. y Walker, D. (2003). *Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto.* *Salud Pública de México*, 45 (1) pp. .

Pick, S., Aguilar, A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, E., Pier, D., Acevedo, P. y Vargas, E. (1995). *Planteando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes.* México: Planeta.

Principales secuelas físicas del aborto (Principales secuelas, n. f.). Obtenido el 29 de Junio del 2005, desde: <http://www.notivida.com.ar/Articulos/Aborto/Secuelas%20fisicas%20del%20aborto.html>

World Health Day, (1998). *La maternidad prematura.* Obtenido el 28 de Junio del 2005, desde En: <http://www.insp.mx/salvia/9828/sal98282.html>

¿A caso es más barato y fácil gastar decenas de años en un niño que ocupar un tiempo y las medidas necesarias para evitar algo



INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

¿Alguna vez te has puesto a pensar que podrías estar contagiado de alguna ITS, incluyendo el SIDA?
 ¿Sabías que eres susceptible a adquirir cualquier ITS?
 ¿Qué medidas puedes utilizar para prevenirlo?

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son padecimientos:

- Infeciosos producidas por bacterias (sífilis, gonorrea, chancroide, vaginitis, estafilococo, estreptococo, chlamydia), virus (herpes genital, condilomas, VIH/SIDA, hepatitis tipo B), parásitos (tricomoniasis, linfogranuloma, sarna, pediculosis) y hongos (candidiasis).
- Contagiosos ya que se pueden transmitir a otra persona.
- Transmitidas por contacto sexual, donde la vía más frecuente e importante como fuente de entrada son los órganos genitales y la boca, donde el mecanismo de contagio es a través de los fluidos y por las inyecciones intravenosas contaminadas.



A continuación, se presenta de forma detallada, una lista acerca de éstas enfermedades.

Infeción: *Chancroie*, es producido por la bacteria *Haemophilus ducreyi*.

Se adquiere por: Contacto sexual o directo con regiones mucosas y en áreas con la piel herida.

Síntomas: Se presentan úlceras enrojecidas, mientras se inicia la fase de desarrollo el dolor es intenso, quemante y ardor, además hay un ligero sangrado que mancha la ropa interior. En el hombre aparecen en el prepucio, cuello del glande o en el orificio de la uretra y en la mujer salen en la parte interna y externa de la vagina y cuello del útero.

¿Cuánto tiempo después de haber tenido relaciones sexuales o del contagio, pueden aparecer los síntomas? Después de 2 a 7 días del contagio.

¿Cómo se realiza el diagnóstico? A partir de la aparición de los síntomas o de exámenes físicos y de laboratorio estudios correspondientes.

¿Es curable? Sí, con antibióticos.

Consecuencias: La úlcera se expande a otras partes del cuerpo y las manifestaciones persisten.

Infeción: Uretritis.

Se adquiere por: Contacto sexual anal y oral.

Síntomas: Se presenta una inflamación o infección del conducto que lleva la orina desde la vejiga hasta la uretra, puede ser provocada por el gonococo, clamidia u otro germen, se acompaña de secreción uretral que puede ser clara, escasa o abundante con pus. En la mayoría de hombres y mujeres no se presentan síntomas.

¿Cuánto tiempo después de haber tenido relaciones sexuales o del contagio, pueden aparecer los síntomas? Aparecen después de 2 a 21 días de tener relaciones sexuales.

¿Cómo se realiza el diagnóstico? exámenes de orina y médicos.

¿Es curable? Si, con medicamentos.

Consecuencias: Dificultad para orinar, daño en la próstata y los testículos y esterilidad.

Infeción: Gonorrea, Afección producida por la bacteria gonococo.

Se adquiere por: Contacto directo con mucosas infectadas, buco- genital, útero, cervix, ano, garganta y ojos. Por contacto con toallas húmedas o contaminadas o las tazas de los inodoros. Por vía perinatal.

Síntomas: En los hombres puede presentarse ardor, acompañado de secreción purulenta que sale a través del conducto uretral al orinar, primero la secreción es amarilla o blanca, espesa y si no hay tratamiento puede convertirse en verduzca y finalmente sanguinolenta, sin embargo algunos hombres y mujeres no presentan síntomas.

¿Cuánto tiempo después de haber tenido relaciones sexuales o del contagio, pueden aparecer los síntomas? Aparecen después de 2 a 21 días al contagio.

¿Cómo se realiza el diagnóstico?: Un diagnóstico preliminar inmediato de gonorrea puede hacerse durante el examen físico. Generalmente, se realizan cultivos, los cuales se obtienen de la vagina, cérvix, uretra, ano, o garganta (faringe). Los laboratorios pueden dar un diagnóstico preliminar frecuentemente dentro de 24 horas y confirmado dentro de 72 horas.

¿Es curable? Si, por medio de antibióticos durante una o dos semanas.

Consecuencias: Hombres y mujeres pueden quedar estériles, causa enfermedades pélvicas inflamatorias, artritis, problemas cardiacos, del hígado y meningitis, salpingitis, peritonitis, gonococemi, gonocócica, faringitis, gonocócica, conjuntivitis gonocócica, vulvovaginitis, esterilidad, dispareunia. Además, la mujer puede contagiar a su bebé durante el parto, causándole al bebé ceguera o conjuntivitis.

Infección: *Clamidiasis*, que es causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*.

Se adquiere por: Contacto sexual, anal o bucal.

Síntomas: Algunas veces no hay síntomas, pero cuando se presentan, son; enfermedades pélvicas inflamatorias, fiebre, dolor durante el coito, dolor abdominal y ardor al orinar, flujo vaginal y sangrados intermenstruales. En el hombre: ardor al orinar, y secreción acuosa del pene, sin pus.

¿Cuánto tiempo después de haber tenido relaciones sexuales o del contagio, pueden aparecer los síntomas? Después de unas semanas de haber tenido relaciones sexuales.

¿Cómo se realiza el diagnóstico? Mediante pruebas de laboratorio.

¿Es curable? Si, por medio de antibióticos.

Consecuencias: Esterilidad, en las mujeres causa infecciones pélvicas, afecta el cuello del útero, trompas de Falopio, ovario y uretra, favorece los embarazos ectópicos, además de que puede transmitirle al bebé durante el parto, infectándole los ojos y causándole pulmonía. En los hombres causa uretritis e inflamación en los testículos.

Infección: *Herpes genital* producida por serotipos identificados como VHS-2. una vez que entra en el organismo no vuelve a salir.

Se adquiere por: Contacto sexual o directo donde uno de la pareja es portador asintomático de lesiones (mucosas infectadas: útero o vesículas abiertas infectadas) con poca o nula signología o eliminador intermitente de partículas virales infectantes en la mucosa genital. Debido a que el virus puede sobrevivir en el agua o en cualquier superficie húmeda caliente, lugares como los asientos de los servivios y los recipientes de plástico; son lugares potencialmente de transmisión.

Síntomas: En un principio hay sensación de ardor en el sitio del contagio, la piel se enrojece y se llena de múltiples vesículas pequeñas, enrojecidas y llenas de un fluido de color claro amarillento. Las ampollas se rompen dejando llagas dolorosas que, eventualmente, forman una costra y sanan en un periodo de 7 a 14 días. También se presenta fiebre, dolor de cabeza e inflamación en los ganglios. En el hombre se presentan en los genitales externos: prepucio y surco balanoprepucial, en la mujer son en la zona vaginal y cervical. Dado que el herpes permanece en el organismo, las ampollas pueden volver a aparecer después de haber desaparecido.

¿Cuánto tiempo después de haber tenido relaciones sexuales o del contagio, pueden aparecer los síntomas? De 3 a 20 días después del contagio, persistiendo las molestias durante 2 a 4 semanas.

¿Cómo se realiza el diagnóstico? Mediante un examen físico, cultivos de la lesión y raramente con un Test de Tzanck de la lesión de la piel.

¿Es curable? No existe tratamiento para eliminar el virus, pero no es mortal, lo que se puede hacer es dar tratamiento para controlar el dolor a base de analgésicos (cremas y pomadas), higiene sexual (lavados), empleo de preservativos para evitar más contagios y cirugía reconstructiva en casos extremos.

Consecuencias: La enfermedad es recurrente (frecuentemente), encefalitis (raramente), expansión del virus a otros órganos del cuerpo en gente inmunodeprimida, mielopatía transversa, incontinencia. La madre puede contagiar a su bebé en el parto, si se adquiere en los primeros meses del embarazo, es probable el riesgo de aborto.

Infeción: Sífilis es causada por la bacteria treponema pallidum.

Se adquiere por: Contagio sexual o directo con las membranas mucosas o de las infecciones de la piel con lesiones infectadas húmedas como la boca, recto o heridas o rozaduras infectadas. También se adquiere por transfusiones sanguíneas y a través de la placenta.

Síntomas: Tiene diferentes etapas, en las cuales los síntomas también son diferentes. La primera señal de sífilis es generalmente una úlcera, llamada chancro, que no es dolorosa y aparece cerca de los órganos genitales, aunque puede aparecer en cualquier otra parte, por ejemplo la boca ó el ano. Puede ser acompañada por glándulas hinchadas, que se desarrollan en el transcurso de una semana después del apareamiento de la úlcera inicial. Cuando la úlcera está presente, se dice que la persona esta en la etapa primaria de la sífilis. La úlcera puede desaparecer por sí misma en un plazo de 1 a 5 semanas, incluso sin tratamiento, pero la enfermedad permanece en el cuerpo. La etapa secundaria de la sífilis comienza aproximadamente 7 semanas después que la primera úlcera aparece. El síntoma más común durante esta etapa es una erupción que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo: tronco, brazos, piernas, palmas, plantas, etc. Otros síntomas que pueden ocurrir incluyen cansancio, fiebre, garganta dolorida, dolores de cabeza, ronquera, pérdida de apetito, y glándulas hinchadas. Estas señales y síntomas duran de 2 a 6 semanas, y desaparecerán incluso si no se recibe ningún tratamiento. Después de la segunda etapa, la sífilis latente comienza incluso cuando no hay ninguna muestra ó síntoma evidente de enfermedad. Esta etapa puede ocurrir en cualquier momento hasta que se cure la enfermedad ó los síntomas serios de la sífilis tardía comiencen. La etapa tardía de la sífilis ocurre cuando la enfermedad continúa sin tratamiento y puede implicar enfermedad en la piel, huesos, sistema nervioso central y corazón y puede causar incapacidad ó muerte. En su fase primaria se presentan úlceras dolorosas y rosadas o chancro en el sitio de la inoculación y desaparece después de una semanas (3 a 12 días), pero si no se trata, la infección continua, convirtiéndose en una infección secundaria, en la cual sobresale la erupción mucocutánea con lesiones húmedas y hay infección en el hígado, ganglios regionales. La sífilis terciaria es cuando hay una afección

cardiaca, neurológica, oftalmológica, auditiva o presencia de lesiones gomosas.

¿Cuánto tiempo después de haber tenido relaciones sexuales o del contagio, pueden aparecer los síntomas? Se presenta después de 10 días a tres semanas del contagio.

¿Cómo se realiza el diagnóstico? Durante la sífilis temprana, una muestra del líquido de la úlcera (chancro) se puede tomar y examinar para saber si hay organismo. Más adelante en la enfermedad tardía, se requiere la prueba de la sangre.

¿Es curable? Si, por medio de aplicación de penicilina de larga duración u otros antibióticos, además de que la pareja debe ser tratada al mismo tiempo.

Consecuencias: Trastornos en válvulas coronarias, daños cerebrales y médula espinal, deformaciones y trastornos en las encías. Una madre puede contagiar a su bebé en cualquier etapa del embarazo o nacimientos, de hecho puede ocasionar la pérdida del feto o puede producirle ceguera, sordera, daños al corazón y cerebro, alteraciones en los dientes, cicatrices, lesiones en huesos, nariz, paladar e incluso llevarlo a la muerte.

Infeción: Tricomonirosis producida por el parásito: *Trichomona Vaginalis*.

Se adquiere por: Contacto sexual y a través de objetos como toallas, sábanas y demás objetos compartidos por otras personas infectadas.

Síntomas: La mujer tiene secreciones vaginales de tipo amarillo verdosa, con mal olor, ardor al orinar, inflamación en la vulva y vagina, dolor abdominal, lesiones y hemorragias que dan al cuello uterino forma de frambuesa. Puede ser que no se presenten síntomas.

¿Cuánto tiempo después de haber tenido relaciones sexuales o del contagio, pueden aparecer los síntomas? De 4 a 28 días después del contagio.

¿Cómo se realiza el diagnóstico? A través de la observación microscópica directa de la secreción vaginal mezclada por solución salina.

¿Es curable? Si, se trata a la pareja en conjunto por medio de antibióticos.

Consecuencias: Puede producir esterilidad, inflamación y obstrucción en las trompas, de hecho se puede expandir al aparato urinario y afectarlo.

Infeción: Hepatitis B.

Se adquiere por: Se transmite por la vagina, ano, sexo oral, jeringas contaminadas o contacto con sangre infectada, por tener contacto con personas infectadas y que la otra persona tengan heridas, o rasguños en las mucosas no se laven las manos después de defecar y a través de los alimentos.

Síntomas: La piel tiene un color amarillo, la persona tiene cansancio, náuseas, orinas oscuras, heces blancas, dolor muscular, fiebre, pérdida de apetito,

dolor de cabeza y molestia en el hígado. Muchas personas no presentan síntomas.

¿Cuánto tiempo después de haber tenido relaciones sexuales o del contagio, pueden aparecer los síntomas? 8 a 30 días después del contagio

¿Cómo se realiza el diagnóstico? Es el médico quien la diagnostica y da tratamiento.

¿Es curable? Si, se debe colocar una vacuna e inyecciones de inmunoglobinas y guardar reposo.

Consecuencias: Es altamente contagiosa en los primeros días, puede causar daños permanentes en el hígado como cirrosis y cáncer en el hígado y llevar a la muerte, una madre puede contagiar al bebé durante el parto.

Infeción: *Pediculosis o piojo púbico conocido como ladilla, es causado por parásitos que habitan en las regiones vellosas del cuerpo, especialmente el pubis.*

Se adquiere por: Contacto sexual, con camas, ropas, sanitarios y toallas que hayan sido usadas por personas infectadas.

Síntomas: Comezón intensa.

¿Cuánto tiempo después de haber tenido relaciones sexuales o del contagio, pueden aparecer los síntomas? De 1 a cuatro semanas después del contagio.

¿Cómo se realiza el diagnóstico? Se pueden observar por simple inspección del vello tanto las ladillas como sus huevos y, en todo caso, con una lupa de aumento son claramente reconocibles. En jóvenes puede ocurrir una infección de los párpados, con una blefaritis, por lo que debe observarse en las cejas y pestañas la posible existencia de ladillas o sus huevos.

¿Es curable? Si, lavando el área infectada con un insecticida (en crema, jabones, champúes o lociones) que destruya los piojos adultos y sus huevos, debe hacerse por los miembros de la pareja y se deberán mantener limpias las camas y toallas, desinfectarlas con agua caliente a 60 grados.

Consecuencias: Infecciones secundarias como resultado del rascado.

Infeción: *Vaginitis, pueden ser causadas por hongos como: trichomonas, candidiasis, gardenella, Vaginosis bacteriana u otros gérmenes.*

Se adquiere por: Tener relaciones sexuales por la vagina, por la boca, por el ano y con hombres portadores de los gérmenes que la causan. Contacto con ropa, toallas infectadas.

Síntomas: La vaginitis es una inflamación de la vagina que produce enrojecimiento, hinchazón, irritación, ardor y picor en el tejido vaginal, secreción vaginal que se ve o huele diferente a lo normal y sequedad vaginal. En el hombre se presenta inflamación en el pene, comezón e irritación del glande, se suele acumular en el cuello del pene una secreción blanca con

aspecto de quesillo. Los hombres transmiten la infección sin presentar síntomas.

¿Cuánto tiempo después de haber tenido relaciones sexuales o del contagio, pueden aparecer los síntomas? Es variable, sin embargo, los síntomas pueden aparecer después del tratamiento antibiótico o por contacto directo con las vías de transmisión o por usar ropa contaminada.

¿Cómo se realiza el diagnóstico? Su presencia se establece mediante observación microscópica directa de la secreción vaginal o en frotis teñidos por la técnica de Papanicolaou. También pueden incluirse análisis del orina.

¿Es curable? Si, a través de ungüentos, cremas o supositorios y orales en casos resistentes.

Consecuencias: Algunas infecciones (por ejemplo microorganismos asociados con la Vaginosis bacterial) pueden migrar hacia la parte superior del tracto reproductivo si no son tratadas. Continuarán los síntomas de malestar, Los hombres pueden desarrollar infecciones de la próstata y la uretra, puede propagarse a otros compañeros sexuales, puede contribuir a enfermedad inflamatoria de la pelvis. Si está embarazada, puede conducir a parto prematuro y provocarle al bebé infecciones en la boca y garganta.

Infeción: *Candilomas*, el condiloma es una formación acuminada o una carnosidad suave con aspecto de coliflor, originadas por el Virus Papiloma Humano.

Se adquiere por: Contacto directo verrugas usualmente en los genitales y el ano y por vía perinatal. Hay situaciones que favorecen su desarrollo como el embarazo, la píldora anticonceptiva, la diabetes, la insuficiencia inmunológica y medicamentos inmunodepresores.

Síntomas: Presencia de lesiones de diversas formas que aparecen en los genitales y el ano, tales lesiones son verrugas que no desaparecen solas.

¿Cuánto tiempo después de haber tenido relaciones sexuales o del contagio, pueden aparecer los síntomas? Entre las 4 y 3 meses después de tener relaciones sexuales.

¿Cómo se realiza el diagnóstico? Tú puedes examinarte a ti mismo y a tu compañero(a) para observar si tienes verrugas, pero recuerda: a veces son muy difíciles de ver. El médico examina los genitales. En las mujeres, un examen pélvico puede dar a conocer crecimientos sobre las paredes vaginales o en el cuello del útero. Además de pruebas adicionales para mujeres: un Papanicolaou, colposcopia.

¿Es curable? No, las verrugas se pueden eliminar por medios químicos (Podofilium) o quirúrgicos (electrocoagulación o vaporización con láser).

Consecuencias: Son altamente contagiosas. Si no son tratadas, después es más difícil que desaparezcan, cuando aparecen el cuello puede producir cáncer, obstruye los orificios vaginales, rectales o de la garganta. A causa de los cambios hormonales en el cuerpo durante el embarazo, las verrugas

pueden crecer en tamaño y número, sangrar, o hacer el parto más difícil. Muy raramente, los bebés expuestos al PVH durante el nacimiento pueden desarrollar verrugas en la garganta. y una madre puede contagiar al bebé en el parto.

Infeción: *Virus del papiloma humano (VHP)*. En el hombre se localiza en la uretra terminal, el glande, el prepucio, el surco balanoprepucial, el recto y el margen anal y en la mujer se sitúa en los labios menores y mayores, en el periné, la vagina y el cervix.

Se adquiere por: Contacto sexual.

Síntomas: Lesiones asintomáticos que forman placas queratósicas en el hombre y en la mujer, son lesiones pequeñas o zonas ulceradas y que en ocasiones sangran o desaparecen espontáneamente. En el hombre aparecen en el glande, prepucio, frenillo, cuello de la cabeza del pene y escroto. En la mujer aparecen en la parte exterior de la vagina, en cualquier parte de la vagina, útero o alrededor del ano.

¿Cuánto tiempo después de haber tenido relaciones sexuales o del contagio, pueden aparecer los síntomas? De 2 a 8 meses después del contagio.

¿Cómo se realiza el diagnóstico? Se detecta por la persona y se confirma con el examen médico: Papanicolao

¿Es curable? No, pero las verrugas se quitan con medicamentos o cirugías como la electrocoagulación o vaporización con láser.

Consecuencias: Las verrugas en el área genital o anal son generalmente un problema menor, pero en ocasiones pueden causar problemas mas serios, como agrandarse considerablemente, infectándose o impidiendo el paso de la orina. Algunos tipos de VPH pueden causar cáncer cervical en la mujer y cáncer anal en hombres que tienen sexo con otros hombres y más raramente cáncer en los labios vaginales de la mujer y el pene del hombre. Los bebés recién nacidos a veces, se infectan con el virus de la madre durante el nacimiento, ocasionando verrugas en la boca y la garganta.

El VIH/SIDA

VIH: significa virus de inmunodeficiencia humana

SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Cuando se descubrieron los primeros casos de sida (1983) se pensaba que ésta enfermedad era exclusiva de homosexuales, para muchos la enfermedad era un castigo divino por llevar a cabo prácticas sexuales antinaturales, pero ahora se ha visto que el VIH/SIDA puede presentarse en cualquier persona, independientemente de sus prácticas sexuales

Hay que diferenciar El VIH y el Sida:

- *Una persona VIH positiva o seropositiva:* Es una persona que está infectada del virus de inmunodeficiencia humana, el cual ocasiona la destrucción del sistema inmunitario de la persona que la padecen y que puede infectar a otras personas.
- *Una persona con SIDA:* Es aquella que está en las últimas etapas de la enfermedad y presenta todos los signos y síntomas característicos de enfermedades oportunistas de la fase terminal.

Se adquiere por: Vía sexual de tipo anal, oral o vaginal, por transfusiones sanguíneas donde la sangre está contaminada, hemoderivados (como el plasma), transplantes de órganos contaminados, el uso de agujas y jeringas contaminadas. Y por vía Perinatal antes, durante o después del nacimiento a través de la placenta, durante el nacimiento, en el parto o la lactancia.

Líquidos infectantes: Semen, secreciones vaginales, leche materna, sangre

❖ No se transmite por:

- Picadura de insectos
- Contacto casual de persona a persona
- Por el uso de sanitarios
- Por abrazarse, bailar
- Por tomarse de las manos
- Por compartir o tocar equipos de gimnasio, teléfonos, audífonos, timbres, máquinas de escribir, toallas, dinero, manijas de puertas, platos, cubiertos.
- Navajas de rasurar o cepillos dental (a excepción de que haya sangrado, por lo que no se recomienda compartir tales utensilios).
- Por agua.
- En albercas.
- Por alimentos.
- Por las lágrimas.
- Por sudor.

Síntomas: Se divide en las siguientes fases, como se muestra a continuación.

Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Asintomático Linfadenopatía persistente generalizada Este estado puede durar hasta 10 años	Lesiones mucocutáneas Pérdida de peso moderado Fatiga, sudores nocturnos Anorexia Infecciones respiratorias	Candidiasis oral Tuberculosis pulmonar Herpes tipo 1 y 2 Isosporiasis Sarcoma de kaposis Fiebre persistente	Infecciones oportunistas severas Neumonías Toxoplasmosis Microbacteremias atípicas o virales Formas severas de linfoma y caquexia Manifestaciones neurológicas

¿Cómo se realiza el diagnóstico? Se puede detectar por medio de una prueba sanguínea denominada *Elisa*, la cual es muy sencilla y económica, de hecho hay centros de salud donde las realizan gratuitamente y se puede confirmar con una prueba denominada: *Western Blot*, la cual es más costosa. Se recomienda realizar el examen diagnóstico después de 12 semanas de haber sido infectado ya que durante ese periodo la persona pudo comenzar a

desarrollar anticuerpos y saldrá negativo, aún cuando se haga así y salga negativo se debe realizar periódicamente durante un año para descartar la infección.

La prueba de detección de anticuerpos VIH es obligatoria cuando se hace una donación de sangre, órganos, tejidos, semen u óvulos, o por ordenes judiciales en caso de abuso sexual, el resto de los casos es por decisión voluntaria, pero se aconseja realizar la prueba cuando: han existido o existen comportamientos de riesgo, cuando se inicia una nueva relación amorosa, cuando se desea tener hijos

¿Es curable? No, pero medio de antibióticos se pueden controlar los síntomas y padecimientos, prolongando y mejorando la calidad de vida de la persona que lo padece.

Consecuencias: Es una infección que favorece distintos padecimientos (Candidiasis oral: Manchas blanquecinas en la boca y paladar, Tuberculosis: Afecta a los pulmones y a los ganglios linfáticos, hígado y médula ósea, Neumonía: Infección en el pulmón, Sarcoma de Kaposi: Infecta la piel en forma de manchas violáceas, Demencia asociada al Sida: Lesiones en las células cerebrales, deterioro en las funciones que conducen a la memoria, Síndrome consuntivo: Pérdida progresiva de peso con desnutrición) que conducen a la muerte. Una madre contagia a su bebé durante el embarazo y en el nacimiento.

 Recuerda que en su mayoría...

Las enfermedades de transmisión sexual se pueden prevenir utilizando un condón por cada relación sexual.

...Incluyendo el VIH/Sida.



Recomendaciones y sugerencias

Cuando tengas relaciones sexuales es importante que el sexo sea protegido en cualquier situación y con cualquier persona...

- Utilizar el condón antes de introducirlo a la vagina, boca y ano.
- Utilizar el condón con prostitutas (os), parejas ocasionales, novia (o).

Evitar besar a alguien que tenga heridas abiertas en la boca o labios.

El sexo oral puede ser riesgoso ya que el semen y secreciones vaginales contienen el virus.

Evitar el sexo cuando se esté drogado o alcoholizado.

Bibliografía y páginas de consulta por si te interesa conocer más

Cuida tu salud (2005). Infecciones de Transmisión Sexual. Obtenido el 13 de Junio del 2005, desde <http://www.cubava.cu/cuida/its.html>

Hojas informativas (1999). VIH y SIDA: La detección del VIH. Obtenido el 6 de Junio del 2005, desde <http://interactua.net/fpardo/vih5.pdf>

Llordachs, C. (2002). ¿Qué significa el Sida?. Obtenido el 18 de abril del 2005, desde http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/temas_de_salud/doc/infecciosas/doc/doc_fases_infeccion_vih1.htm#1

Organización Panamericana de Salud (OPS, 2004). Infecciones de transmisión sexual ITS, VIH SIDA. Obtenido el 20 de abril del 2005, desde <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161710>

Madueño, C. (2004). El Sexólogo en casa. España: Diana.

Monroy, A. (2002). Salud y Sexualidad en la adolescencia y juventud. México: Pax México.

Martínez, F., González, E. y Díaz, J. (2002). Formación Cívica y Ética 3. México: Fernández editores.

Pick, S., Aguilar, A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, E., Pier, D., Acevedo, P. y Vargas, E. (1995). Planteando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes. México: Planeta.

Unidad de Investigación epidemiológica y en servicios de Salud al adolescentes (UIESSA, 2004). Manual de autocuidado de la salud de adolescentes. Obtenido el 25 de Mayo del 2005, desde <http://148.202.92.157/uiessa/manual/index.htm>

HOMOSEXUALIDAD

¿Porqué nuestra sociedad rechaza a los homosexuales?
¿En qué nos afecta tratarlos como cualquier otra persona y hacerlos parte de nuestras vidas?

La orientación sexual es uno de los componentes de la sexualidad, se caracteriza por una permanente atracción emocional, romántica, sexual o afectiva hacia individuos de un género particular. Son tres tipos de orientaciones sexuales reconocidos: heterosexualidad: Atracción hacia individuos del género opuesto; bisexual: Atracción hacia miembros de cualquier género.

La homosexualidad, es una manera de referirse a la dirección de las atracciones y deseos sexuales de una persona hacia personas de su mismo sexo. Las personas con orientación homosexual son a veces llamados gay (hombres o mujeres) o lesbianas (solo mujeres). No se debe definir la homosexualidad, ni la heterosexualidad, solo en función de las conductas sexuales, sino que se deben incluir las fantasías, la atracción y la vinculación emocional, pues muchos jóvenes nunca han tenido relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo y sin embargo, se saben y reconocen como homosexuales.

Las conductas sexuales entre pares del mismo sexo, lejos de ser algo raro, forman parte de la experiencia de un gran número de jóvenes, independientemente de que sean o vayan a ser homosexuales. Según las estadísticas aproximadamente el 15% de los chicos y un 10% de las chicas tienen este tipo de práctica antes de los 15 - 16 años, mientras que el 2% y el 4% de la población es gay o lesbiana.



Aún cuando la homosexualidad es una forma más de vivir la sexualidad, son numerosos los hombres y mujeres que ocultan que sienten atracción hacia el mismo sexo, hay quienes lo reconocen abiertamente y hablan de lo que inicialmente pensaron y de las dificultades que pasaron hasta llegar a asumir y aceptar su propia sexualidad, debido al rechazo de la sociedad.

Actualmente, se sabe que son muchos los factores relacionado con el hecho de que una persona sea homosexual, sin embargo, no son las mismas para todos, por lo cual, no se puede decir a ciencia cierta, las condiciones para que un individuo sea homosexual, sin embargo, algunos de los factores que más frecuentemente se mencionan, son los siguientes:

- Los factores genéticos, por ejemplo; el temperamento o la predisposición. En algunos casos se ha determinado en la etapa embrionaria (congénita), a causa de distintos estímulos o cambios hormonales, y diferencias en las estructuras cerebrales. En otros caso, las personas refieren haber tenido un

sentido de ser "diferentes" a temprana edad, por lo que creen que "nacieron homosexuales".

- Psicológicos. Hay personas que aluden ser gay por lo que las experiencias que tuvieron en su vida cómo, haber sido lastimados emocionalmente, rechazados por el grupo de iguales, no se identificaron con sus iguales del mismo sexo o sufrieron un abuso sexual por lo que eligieron ser homosexuales. Así mismo, se relaciona con la timidez extrema casi siempre condicionada por un mal desarrollo físico, como niños muy delgados o muy obesos.
- El ambiente familiar. Si el padre fue violento, alcohólico, hostil o distante y tuvieron una mala relación con uno o ambos padres, si la madre fue sobre-protectora, si no tuvo la figura paterna.
- Social. Relacionados al tipo de entrenamiento moral que de niño recibió, si para la persona fueron claros los roles sexuales de su cultura.

Las personas homosexuales atraviesan por un proceso de desarrollo de la identidad homosexual, para llegar a autodefinirse como tal y consiste en reconocerse, tomar conciencia y aceptar los propios deseos y sentimientos sexuales, así como, establecer una clara disociación entre lo que se está sintiendo y el significado que eso tiene. A continuación se explica brevemente lo que significa y las consecuencias que tiene.

Entre los primeros reconocimientos, la persona tiene que reconocer sus deseos hacia personas del mismo sexo, generalmente esto ocurre en la adolescencia, pues es cuando, junto con todos los cambios biológicos, psicológicos y sociales se especifica y consolida su orientación sexual. De igual manera, se enfrenta a las propias reacciones que producen sus deseos; pues es frecuente que al principio experimente sentimientos negativos, hacia los propios deseos sexuales (rechazo, deseos de cambiar) como a uno mismo (culpa, vergüenza) y a consecuencia de ello, suelen encerrarse en sí mismos y aislarse socialmente.

Después viene la toma de conciencia, donde la persona al reconocer sus preferencias y atracciones, lo acepta diciéndose <me gustan las personas de mi mismo sexo>. Sin embargo, experimenta una serie de reacciones confusas, pues reafirma que siente una cierta sensación de bienestar por comprender y tener un significado de lo que le sucede.

Finalmente, el reconocimiento y aceptación de los propios deseos sexuales, viene después de haber pasado un tiempo evitando y autonegándose. Así, al definirlo, abre paso al reconocimiento de la posibilidad de serlo, asumirlo y termina afirmándolo <soy homosexual>.

No obstante, quienes están en este proceso y quienes ya están definidos, se enfrentan al rechazo en muchas áreas donde se desempeña socialmente, pues aún cuando comúnmente se habla de "mostrar abiertamente sus preferencias", lo cual significa: Comprender y aceptar los sentimientos homosexuales, atreverse a buscar contactos y también implica comunicar sus

sentimientos a las personas de su entorno; las experiencias de quienes se han mostrado abiertos, son diversas, pues mientras que para algunos fue un proceso muy rápido y se sintieron comprendidos y aceptados, para otros ha sido un proceso largo y tormentoso, quizá durante años o incluso durante décadas.

Sin duda, existen circunstancias externas que dificultan el mostrarse abiertamente y dependen entre otras cosas de: La edad, del lugar donde se resida, del medio donde viva y trabaje, de hecho, muchas veces en la familia se oculta la homosexualidad por temor a sus reacciones de rechazo, cuestionamiento, intentos por hacerlos cambiar de parecer. Aún cuando, hay quienes están dispuestos a seguir su propio camino sin temer las reacciones del entorno, hay otros que dependen en mayor grado de la aceptación de los demás y no creen sea posible vivir como homosexuales, al imaginar y ver el rechazo de su entorno hacia otras personas homosexuales.

👉 Afortunadamente, hay casos en los que la familia, los compañeros de trabajo y los amigos no sólo los aceptan, sino que también, les expresan su estimación por haber sido sinceros y tener el valor de defender su ser. Por fortuna, las actitudes hacia la homosexualidad van siendo cada vez más permisivas o tolerantes a diferencia de hace pocos años, donde muchas sociedades, entre ellas la nuestra, las personas homosexuales eran consideradas delictivas, peligros y como tales perseguidas y castigadas por la sociedad. Si bien hoy en día se ha tratado de cambiarlo, por ejemplo, actualmente, algunos comportamientos homofóbicos son considerados un delito. Aún se siguen considerando de esa manera por lo que hace falta más cambios en la percepción que la sociedad tiene de las personas con preferencias sexuales diferentes, No obstante, aún hacen falta cambios en nuestra sociedad, para hablar no sólo de la homosexualidad masculina sino también del lesbianismo y darles un trato digno y respetable.



Recomendaciones y sugerencias

Respetar las preferencias sexuales de otras personas.

Intenta involucrarte con personas homosexuales, verás que son gente común y que no tiene nada de malo ser su amigo, al contrario.

Si tienes dudas acerca de tus preferencias acude al psicólogo y pide asesoría.

Dale un vistazo a la bibliografía recomendada y recomiéndasela a otras personas.

Bibliografía y páginas de consulta por si te interesa conocer más

Fitzgibbons, R. (1997). Los orígenes y curación de atracciones y comportamiento homosexuales. Digesto Familiar, 7-13 pp. 223-224.

Hechos acerca de la orientación sexual de los jóvenes (n.f.). Orígenes de la homosexualidad. Obtenido el 1 de enero del 2005, desde http://www.freetobeme.com/en_español

Inteliviven.com-Venezuela, (2001). Sexualidad. Obtenido el 7 de Octubre de 2003, desde <http://inteliviven.com/sexualidad/41.asp>

López, P. (2003). Mitos sexuales. Obtenido el 7 de Octubre de 2003, desde <http://www.es.geocites.com/textoyarticulos/sxll.htm>

Madueño, C. (2004). El Sexólogo en casa. España: Diana.

Monroy, A. (2002). Salud y Sexualidad en la adolescencia y juventud. México: Pax México.

Prácticas sexuales riesgosas (Prácticas sexuales, n. f.). Obtenido el 27 de Mayo del 2005, desde <http://www.teleantioquia.com.co/Programas/MasquePiel/Temas/2005-PracticasSexualesRiesgosas.pdf>

Soriano, S. (1999). Como se vive la homosexualidad y el lesbianismo. Salamanca: AMARÚ.



¿Qué es una perversión?
¿Qué son las alternativas sexuales?
Los que practican de vez en cuando el
sodomismo con su pareja,
¿deben acudir a pedir ayuda profesional?

La orientación sexual es diferente del comportamiento sexual porque la primera se refiere a sentimientos, atracciones y concepto de si mismo y la segunda se refiere a la expresión de la conducta sexual, por lo cual no todas las personas expresan su orientación sexual en su comportamiento.

Anteriormente, las expresiones de la conducta sexual eran encasilladas en conceptos peyorativos como aberraciones, perversiones, desviaciones y actualmente ya no se utilizan ya que juzgan y devalúan a las personas que optan por tales conductas. Actualmente se utiliza el término parafilias o variantes, preferencias, alternativas, simplemente para designar tales prácticas y no dañar a las personas.

En un principio, a estas variantes se les dio el carácter de patológicas o degenerativas, pero luego se fueron dando cuenta que el hombre común integra en su vida sexual gran parte de éstas alternativas sexuales.

✧ Es importante aclarar que las fantasías, comportamientos u objetos son considerados *parafílicos patológicos* sólo si provocan malestar o alteraciones clínicamente significativas, como: Que se practiquen como obligación, que produzcan disfunciones sexuales, que requieran la participación de otros individuos en contra de su voluntad o que conduzcan a problemas legales e interfieran en las relaciones sociales. De ésta manera se puede decir que la paidofilia, la necrofilia, el exhibicionismo y el incesto son parafilias patológicas.

Sin embargo, ciertas variantes se alejan tanto de lo normal, que se consideran patológicas, como por ejemplo, las que vencen el pudor, la repugnancia, el espanto y el dolor. Bajo éstas condiciones, estas conductas no propician enfermedades mentales tales como retraso mental, demencia, cambio de personalidad, la intoxicación por sustancias, un episodio maníaco o esquizofrenia.

Alternativas sexuales patológicas:

Paidofilia (pedofilia).- Es el deseo erótico o gusto por tener relaciones sexuales con menores de edad (niños o niñas), pueden ser homosexuales o heterosexuales. Los paidofílicos son personas que pueden tener familia, abusando también de ella, lo que es más común es que sea un homosexual. Los paidofílicos no tiene la capacidad para cortejar o relacionarse con mujeres por ser sumamente inseguros, la impotencia parcial es usual. Las relaciones paidofílicas pueden ser desde tocamientos hasta la penetración vaginal o anal, en algunas ocasiones asesinan a sus víctimas para evitar el ser descubiertos. Esta parafilia se caracteriza más que por la excitación sexual, por el uso y abuso del poder.

Necrofilia.- Se define como la obtención del placer sexual por realizar el coito, ver, tocar o pensar en un cadáver. Esta parafilia es castigada por la ley. Los necrófilos profanan tumbas, entran al servicio forense o bien asesinan a sus víctimas para posteriormente violarlas, cuando ésto sucede se constituye como una forma extrema de sadismo, siendo el objeto sexual un fetiche. Si el cadáver es violado directamente eso implica que un trastorno muy profundo de la personalidad, por regla una psicosis. Aunque el necrófilo presenta escaso interés en las mujeres vivas, algunos pueden realizar el coito si la mujer permanece totalmente quieta, como si estuviera muerta.

Exhibicionismo.- (violadores a distancia) Consiste en obtener placer sexual mostrando los genitales y causar sorpresa o espanto, generalmente son los hombres quienes lo hacen. Las mujeres por lo general obtienen más placer al exhibir otras partes de su cuerpo. En esta parafilia la satisfacción sexual se alcanza por medio de la masturbación posterior a la exhibición. Al sujeto exhibicionista patológico lo que le excita es la reacción de la víctima que puede ser de sorpresa, asombro o miedo, por lo que no tiene el consentimiento de la (s) personas para que lo vean.

Zoofilia o bestialismo.- La bestialidad consiste en obtener el placer sexual con los animales. Ya que poner en claro que este término de define la excitación sexual al observar la actividad sexual de los animales, se refiere específicamente a tener relaciones sexuales con ellos. La zoofilia puede presentarse de forma ligera en algunas personas y es de forma transitoria. Los animales más comúnmente involucrados son los domésticos, pero también han sido los de granja.

Froteurismo.- (frotamiento): Se le describe como el gusto, excitación y gratificación sexual por frotar el pene contra las nalgas o bien el cuerpo de una mujer. Esta parafilia es frecuente en lugares muy concurridos como puede ser el metro, los cines los estadios deportivos, micros, camiones. Este acto suele pasar desapercibido para la víctima. Los frotistas sólo son patológicos si ésta actividad es el único modo de que obtenga el orgasmo y es en contra la participación de las personas.

Incesto.- Es cuando la relación sexual se da entre personas que poseen un parentesco consanguíneo o moral

Las siguientes prácticas se pueden considerar como alternativas o variantes en el ejercicio de la sexualidad normales, sin embargo, también pueden convertirse en prácticas patológicas si presenta los signos antes mencionados

Sadismo.- Es la obtención de la gratificación sexual al fingir dolor o humillación, sometiendo, rebajando a la pareja sexual

Masoquismo.- Es cuando la persona obtiene placer sexual al ser agredida físicamente por la pareja o cuando uno mismo se provoca el dolor, además de ser sometida por su agresor.

Vouyerismo o escopofilia.- Consiste en la única forma de obtener placer o satisfacción sexual observando los órganos sexuales y las actividades sexuales de otros, por lo general de mujeres. Los vouyeristas se masturban mientras observa el evento. Al voyeurista no le gusta ir a playas nudistas donde es permitido ver el cuerpo desnudo, le excita lo prohibido de la acción. En el adolescente el vouyerismo es normal como parte de la búsqueda de excitación sexual. En el adulto los caracteres vouyeristas pueden ser normales como en el juego sexual antes de la relación sexual y la excitación ocasionada al ver fotografías o películas pornográficas con su pareja. El vouyerismo patológico, obtiene satisfacción al cometer el acto en forma compulsiva e reiterativa, a menudo con gran riesgo.

Fetichismo.- A esta parafilia se le define como la obtención del placer o excitación sexual a partir de objetos inanimados, por ejemplo zapatos o ropa íntima o con partes del cuerpo (pelo). El orgasmo puede ser espontáneo al ponerse en contacto con el fetiche o por la masturbación o la relación sexual en presencia del fetiche. El fetichismo es una exageración de la evaluación acentuada normal de ciertas prendas asociadas con el objeto amado. La atención excesiva a ciertas partes del cuerpo femenino (mamas, nalgas, piernas) se le conoce como parcialismo.

Hipoxifilia o asfixiofilia.- Esta parafilia consiste en la excitación que le provoca a la persona el asfixiarse al momento de alcanzar el orgasmo. Se han dado casos en los que los parafílicos no dimensionan la gravedad del acto y llegan a consumir la asfixia.

Coprofilia o bascosimanía.- Es el placer asociado a las heces, hay personas que a su pareja le piden que defeque en ellos durante el acto sexual.

Coprofagia, Coprolalia Es un deseo de comer heces y la coprolalia es una verborrea compulsiva de obscenidades (síndrome de Gilles de la Tourette). Estos trastornos se hallan a menudo asociados a otras conductas sexuales. Por ejemplo un prerrequisito para la excitación sexual puede ser de origen sádico orinarse en el compañero durante el coito o que el compañero lo orine (urofilia), o vouyerista al observar las funciones excretoras. El orgasmo generalmente se alcanza por la masturbación.

Autoginefilia Se refiere a mujeres transexuales que son atraídas sexualmente por otras mujeres.

Microfilia Variante de la conducta sexual en la que hay un contacto con la persona muerta.

Escoptofilia Variante de la conducta sexual en la cual la persona se excita sexualmente de la visualización de actos sexuales de otros.

Asfixiofilia Atracción sexual por la asfixia.

Hipersexualidad Deseo sexual excesivo e insaciable en mujeres (**Ninfomanía**) y varones (**Satiriasis**).

Maiesofilia Atracción sexual por las mujeres embarazadas.

Emetofilia Atracción sexual por el vómito.

Agalmatofilia Atracción sexual por estatuas o maniqués.

Klismafilia Obtención del placer por la utilización de enemas.

Pictofilia incapacidad para excitarse excepto a través del uso de pornografía o material sexualmente explícito visual.

Hematolagnia Atracción sexual por la sangre.

Amaurofilia Excitación sexual por una pareja que es incapaz de ver debido a medios artificiales como estar vendado o tener relaciones sexuales en la oscuridad.

Anastemafilia Atracción sexual por parejas de diferentes estatura.

Acrotomufilia Atracción sexual hacia los amputados.

Apotemnofilia Deseo de amputar una extremidad corporal sana.

Gerontofilia.- Se define como la obtención del placer sexual de personas jóvenes con ancianos. La gerontofilia es difícil de detectar ya que es común que una mujer joven se case con un anciano por amor o un joven con una anciana por amor, o en ambos casos por razones económicas conscientes. Pero si el individuo joven lo hace de forma compulsiva y exclusivamente prefiere una sucesión de compañeras o compañeros ancianos o mayores que él, constituye una perversión.

Transexualidad.- La transexualidad es un deseo obsesionante y consciente de cambiarse sexo. Un transexual es un individuo que piensa, siente y actúa como una hembra, pero que biológicamente es masculino. En cambio el hermafrodita tiene anomalías biológicas de intersexo (ambos sexos), pero por lo general la orientación sexual es apropiada a sus características sexuales

externas predominantes. La transexualidad a menudo se confunde con el transvestismo y con la homosexualidad. En los últimos años, los transexuales varones han tenido notorio aumento al practicarse operaciones plásticas en ellos con la castración subsiguiente y la adaptación de un órgano tipo vagina. Las transexuales mujeres recurren a la mastectomía y al uso de una prótesis (dildo).

Travestismo.- Se caracteriza por obtener placer o excitación sexual al vestirse y actuar como el sexo opuesto (hay que diferenciarla de la transexualidad). El orgasmo se presenta generalmente por medio del frotamiento (masturbación) con las prendas. Algunos transvestis tienen rasgos fetichistas, homosexuales o masoquistas.

Troilismo.- Es el acto sexual llevado a cabo por tres personas, en el que pueden combinarse homosexualidad y bisexualidad.

Pluralismo.- Son las relaciones sexuales entre más de tres personas donde pueden aparecer otras variantes

Sexo anal.- Es cuando comúnmente se sustituye la relación sexual pene-vagina por pene-ano

Sexo oral.- Cuando el coito se sustituye repetidamente por la actividad en la que la boca de algún miembro de la pareja estimula los genitales del otro y así obtiene placer sexual. Si el hombre es quien estimula a la mujer, se le llama *cunnilingus*, si la mujer es quien estimula así a su pareja, se le llama *fellatio*. Cuando el sexo oral se presenta como parte de una relación que predominante termina con la relación pene-vagina, se considera como una técnica de enriquecimiento sexual



Recomendaciones y sugerencias

Tú decides cómo ejercer tu sexualidad.

Toma las precauciones necesarias para evitar poner en riesgo tu salud física, psicológica y social.

Analiza las consecuencias de tus actos.

Si las prácticas involucran a otras personas, plantea primero lo que quieres y decidan juntos.

Recuerda que tú como todas las demás personas tienen derechos sexuales y reproductivos que pueden ejercer, pero también hay ciertas restricciones legales y sociales que se deben respetar.

Consulta el material sugerido en este manual y en los trípticos, para conocer más y resolver tus inquietudes.

Bibliografía y páginas de consulta por si te interesa conocer más

Insúa, P. (1999). Programa de Formación de formadores para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. En Manual de Educación Sanitaria: Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas. Obtenido el 14 de Septiembre del 2004, desde <http://mir.es/pnd/publica/pdf/maedsan.pdf>

Madueño, C. (2004). El Sexólogo en casa. España: Diana.

Monroy, A. (2002). Salud y Sexualidad en la adolescencia y juventud. México: Pax México.

Prácticas sexuales riesgosas (Prácticas sexuales, n. f.). Obtenido el 27 de Mayo del 2005, desde <http://www.teleantioquia.com.co/Programas/MasquePiel/Temas/2005-PracticasSexualesRiesgosas.pdf>

" *Gracias por tu colaboración
y participación* "

A continuación se presentan las definiciones de algunas palabras que no se definen en las lecturas anteriores y que pueden resultarte poco entendibles, pero que te ayudarán a comprender mejor el contenido de los diferentes temas.

Amenorrea: Ausencia de la menstruación en las mujeres.

Cardiopatía: Es cualquier padecimiento del corazón.

Cefalea: dolor de cabeza producido por causas como dolor de cabeza benigno, migraña clásica o común.

Leucorrea: Secreción vaginal blancuzca, amarillenta o verdosa.

Mastalgia: Dolor en el seno /mamas.

Mito. Es una creencia errónea compartida por un gran número de personas, o una opinión no fundada sobre algo y expresado con la convicción que suele acompañar a la ignorancia, se convierte fácilmente en una creencia de toda una comunidad o generación y son transmitidos a través de las historias, las leyendas, los cuentos, las anécdotas y hasta los chistes del folklore popular.

Mielopatía: Disfunción de la médula espinal a consecuencia de una enfermedad o un traumatismo.

Múltiparas: Son aquellas mujeres que han tenido varios partos.

Nuligestas: Así se denominan a las mujeres que no han gestado /embarazadas.

Nulíparas: Así se denominan a las mujeres que nunca han tenido un parto.

Referencias

Abcmedicus (2002). *Sexualidad*. Obtenido del 8 de Junio del 2005, desde <http://abcmedicus.com/articulo/pacientes/1/id/115/pagina/2/sexualidad.htm>

Aborto en México (Aborto en, n. f.). Obtenido el 22 de Junio del 2005, desde: http://apuntes.rincondelvalo.com/aborto_en_méxico.html

Alcántara, G. (1994). *Educación Sexual: Taller dirigido a padres de familia*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores, Iztacala: México.

Alvarez- Gayou, J. (1996). *Sexualidad en la pareja*. México: El Manual Moderno.

Álvarez- Gayou, J. y Mazin, R. (1990). *Elementos de Sexología*. México: Interamericana.

Alvarez- Gayou, J., Sánchez, D. y Delfín, F. (1986). *Sexoterapia Integral*. México: El Manual Moderno.

Amuchastegui, A. (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México: Experiencias y significados*. Obtenido el 30 de Enero del 2005, desde <http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/sexualidad/texto3.htm>

Ardila, R. (1998). *Homosexualidad y Psicología*. México: El Manual Moderno.

Barragán, F. (1991). *La educación sexual: guía teórica y práctica*. México: Paidós.

Bazant, M. (1996). *Ideas, valores y tradiciones: Ensayos sobre historias de la educación en México*. México: El Colegio Mexiquense.

Becerra J. (1995). Los cambios psicológicos y la sexualidad adolescente: Modulo de Fomento de la Salud del Adolescente, Instituto Mexicano del Seguro Social. *En Seminario Internacional: Salud, Sexualidad y Reproducción en la Adolescencia (Capítulo VIII)*. Obtenido el 1 de noviembre del 2004, desde <http://www.adolesc.org.mx/litcien/boletin/bol3/Boleti30.pdf>

Becerril, G. y Landa, M. (1987). *Aprender enseñando: La participación de los padres en la educación sexual de sus hijos*. Tesis de Licenciatura no publicada. Escuela Nacional de Estudios Profesional, Iztacala: México.

Bishop, S. (2000). *Desarrolle su asertividad*. España: Gedisa.

Boix, F., (1976). *Algunas definiciones de educación sexual*. Obtenido el 23 de febrero de 2005, desde <http://www.xtec.es/Tmarias/definir.htm>

Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. México: Piadós.

Bruyn, M., (2002). Intersección de riesgos a la salud: el embarazo no deseado, el aborto en condiciones de riesgo, y el SIDA entre los adolescentes. *Ipas: El involucramiento de los hombres jóvenes en la salud sexual y reproductiva: Hacia Una Agenda Binacional de Investigación, Acción y Política Pública*. Obtenido, el 28 de enero del 2005, desde <http://www.ipas.org/publications/es/AAAPGS99.es.pdf>

Cáceres, J. y Escudero, V. (1994). *Relaciones de pareja en jóvenes y embarazos no deseados*. Madrid: Pirámide.

Calderón- Jaimes, E., (1999). Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 41 (4), 334 - 343.

Cañada, E., Rodríguez, A. y Truño, M., (n.f). *Los derechos sexuales y reproductivos a través del cine: Sexualidad e identidad y relaciones de género*. Obtenido el 10 Junio de 2005, desde <http://www.edualter.org/material/cineiddssrr/forum/forum.pdf>

Caratozzolo, D. (1995). *Los destinos sexuales de la mujer: Mito y modernidad*. Barcelona: Homo- Sapiens.

Carvajal, J. (1995). Tres tesis sobre la adolescencia: Asociación Demográfica Costarricense. En *Seminario Internacional: Salud, Sexualidad y Reproducción en la Adolescencia* (Capítulo III). Obtenido el 1 de noviembre del 2004, desde <http://www.adolesc.org.mx/litcien/boletin/bol3/Boleti30.pdf>

Casas, L. e Ituarte, A., (2000). *Hablemos con los jóvenes: Guía práctica de Educación de la sexualidad para padres y maestros*. México: Trillas.

Centro de estudios de población (CENEP, 2000). *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en Salud sexual y reproductiva*. Obtenido el 30 de Junio del 2005, desde <http://www.adolesc.org/pdf/normasweb.pdf>

Center for Reproductive Rights, (1999). *El aborto como un problema de salud pública*. Obtenido el 17 de Junio del 2005, desde http://www.crlp.org/esp_pub_fac_saludpub.html

Centeno, B. (2003). *Taller de Sexualidad dirigido a mujeres de comunidades rurales: Enfoque de Género*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores, Iztacala: México.

Cervera, J., Campos, E. y Cano, J. (2001). Enfermedades de Transmisión Sexual y Adolescencia: Generalidades y prevención. En *Manual de Salud reproductiva*

en la Adolescencia: Aspectos básicos y Clínicos (Capítulo 15). Obtenido desde [http://www.iespana.es/revista_arbil\(76\)sida.htm/buenaprevencciónSIDA](http://www.iespana.es/revista_arbil(76)sida.htm/buenaprevencciónSIDA)

CONAPO, (1982). *La Educación de la Sexualidad Humana*. México: CONAPO, Programa Nacional de Educación Sexual.

CONASIDA, (2004). *El Sida en México*. Obtenido el 30 de Noviembre del 2004, desde <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2004/cassida.htm>

Consecuencias Físicas del aborto (Consecuencias físicas, 1997). Obtenido el 28 de Junio del 2005, desde: http://www.nacimientovivo.org/BIENVENIDO/_NO__AL_ABORTO/Consecuencias/consecuencias.html

Convención de los Derechos de la Niñez (2002). *La convención de los derechos de la niñez y los derechos sexuales reproductivos de los adolescentes*. Obtenido el 2 de Junio del 2005, desde <http://www.thais.org.mx/cdn/cdn03.html>

Crecer con más seguridad, (2005). *Sexualidad*. Obtenido el 2 de Junio del 2005, desde <http://crecer.tamaulipas.gob.mx>

Crooks, B. (2000). *Nuestra Sexualidad*. México: Internacional Thomson Editores.

Cuida tu salud (2005). *Infecciones de Transmisión Sexual*. Obtenido el 13 de Junio del 2005, desde <http://www.cubava.cu/cuida/its.html>

De la Cruz, C. (2002). *Situaciones embarazosas: claves para situarse y prevenir embarazos no deseados*. Obtenido el 23 de Noviembre del 2004, desde <http://cje.org/publicaciones.nsf/ef2e05c02233e9fdc125692b00>

Del Prette, Z. y Del Prette, A. (2002). *Psicología de las Habilidades Sociales: Terapia y educación*. México: El manual moderno.

Deschamps, P. (1979). *Embarazo y maternidad en la adolescencia*. Barcelona: Heder.

Domínguez, A. (2004). *Zona Pediátrica: Información en salud infantil para padres y profesionales*. Obtenido el 30 de Noviembre del 2004, desde <http://www.zonapediatrica.com/mod-htmllpages-display-pid-430.htm-46k>

Döring, M. (2000). *El mexicano ante la Sexualidad*. México: Fontamara.

Ehrenfeld, N. (1994). Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. *Salud Pública de México*, 36 (2).

Elizondo, M., (1999). *Asertividad y escucha en el ámbito académico*. México: Trillas.

Equipo multidisciplinario del Instituto Nacional de Educación Sexual (1976). *Algunas definiciones de educación sexual*. Obtenido el 23 de febrero de 2005, desde <http://www.xtec.es/Tmarias/definir.htm>

Esparza, R. (2001). *La educación sexual en México: los sustratos para su Investigación y Pedagogía*. Obtenido el 30 de Marzo del 2005, desde <http://copsa.cop.es/congresoiberora/base/clinica/cr480.htm>

Espin, V. (2003). *Historia de la educación sexual en Cuba*. Obtenido el 30 de marzo del 2005, desde http://cubalsexologia.com/congreso/confevilma_1.asp-58k

Estrada, M., Pellicer, G. y Domínguez, M. (1988). *Autoestima: Clave del éxito personal*. México: El Manual Moderno.

Fallas, H. y Ververde, O. (2000). *Sexualidad y salud sexual y Reproducción en la Adolescencia: modulo de capacitación para personas de la Salud*. Obtenido el 15

de Abril del 2005, desde <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/reproductiva/htm>

Ferrer, C. (2003). *La verdad sobre la virginidad*. Obtenido el 30 de Enero del 2004, desde <http://www.univision.com/content/content.jhtml?cid=202245&page num=1>

Ferrer, C. y Bennett, V. (2004). *Síndrome del Post-aborto (SPA)*. *Psicología Científica*. com. Obtenido el 29 de Junio del 2005, desde <http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/arschnake01.htm>

Fitzgibbons, R. (1997). *Los orígenes y curación de atracciones y comportamiento homosexuales*. *Digesto Familiar*, 7-13 pp. 223-224.

First, M., Frances, A., Pincus, H. (2002). *DSM-IV-TR manual de diagnóstico diferencial*. México: Masson.

Fuertes, A. y López, F. (1997). *Aproximaciones al estudio de la sexualidad*. España: Amaru.

Gamón, C. (2004). *Parches anticonceptivos*. Obtenido el 20 de Mayo del 2005, desde <http://www.openliferevista.com/revistas/26/conxagamon.htm>

García, V. y Medina, P. (1996). *Programa de Educación Sexual para Adolescentes: Sexualidad Integral*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores, Iztacala: México.

Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L. y Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45 (5), 632- 640.

Gil, F. y García, S., (1995). Técnicas del entrenamiento en Habilidades Sociales. En: Rodríguez, F., León, M. y Jarana, L. *Habilidades sociales y Salud*. Madrid: Pirámide.

Gil, F. y León, J. (1998). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. España: Síntesis.

Goldstein, A., Sprafkin, R., Gershaw, J. y Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia: Un programa de enseñanza*. Barcelona: Martínez Roca.

Gotwald T. y Holtz G. (1983). *Sexualidad la experiencia humana*. México: El Manual Moderno.

Grupo de Información de Reproducción Elegida, A.C. (2004). *Hoja informativa los derechos reproductivos en la legislación y en las políticas públicas de México*. Obtenido el 2 de Junio del 2005, desde <http://www.gire.org.mx>

Gutiérrez, M., Martín, M., García-Ramos, E., Capote, L., Rodríguez-Franco, J., De Armas, C., Marín, F., Núñez, D., Pitti, C., Morales, R., Bello, A. y Tabares, A. (1993). *Embarazos no deseados*. Obtenido el 28 de Junio del 2005, desde En: http://www.juventudcanaria.com/JUVENTUD%20DEFINITIVO/SEXUALIDAD%5Cembarazos_no_deseados.htm

Hechos acerca de la orientación sexual de los jóvenes (n.f.). *Orígenes de la homosexualidad*. Obtenido el 1 de enero del 2005, desde http://www.freetobeme.com/en_español

Hidalgo, C. y Abarca N., (1999). *Comunicación Interpersonal*. Colombia: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Hierro, G. y Hernández, G. (1991). *Cuadernos de Psicología*. México: Escuela Nacional de Estudios Profesionales, Iztacala. UNAM.

Hojas informativas (1999). *VIH y SIDA: La detección del VIH*. Obtenido el 6 de Junio del 2005, desde <http://interactua.net/fpardo/vih5.pdf>

Horrocks, E. (1996). *Psicología de la Adolescencia*. México: Trillas.

IMIFAP, (2002). *Resumen de investigación –acción: Planeando tu vida*. Obtenido el 19 de Octubre del 2004, desde <http://www.imifap.org.mx>

Infanzón, M. (2004). *La mujer y los efectos sociales y psicológicos del aborto*. Obtenido el 16 de Noviembre del 2004, desde <http://www.bibliojuridica.org/libros/1/404/21.pdf>

Instituto Mexicano de la Juventud (n. f.). *Sexualidad*. Obtenido el 30 de Mayo del 2005, desde <http://imjuventud.gob.mx/main/asp>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (2000). *Resultados definitivos del XII Censo General de Población en México*. Obtenido el 17 de Octubre del 2004, desde <http://www.inegi.com.mx>

Insúa, P. (1999). *Programa de Formación de formadores para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas*. En *Manual de Educación Sanitaria: Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas*. Obtenido el 14 de Septiembre del 2004, desde <http://mir.es/pnd/publica/pdf/maedsan.pdf>

Inteliviven.com-Venezuela, (2001). *Sexualidad*. Obtenido el 7 de Octubre de 2003, desde <http://inteliven.com/sexualidad/41.asp>

Jorgensen, J. y Fautsko, T. (2001). *Cómo tomar las mejores decisiones*. México: Diana.

Judd, S., Brindis, C., Rodríguez, K., Stern, C., Reartes, D., Del Castillo, E. y Billings, D. (2004). México: Perfil de la salud sexual y Resproductiva de los jóvenes mexicanos. *El involucramiento de los hombres jóvenes en la salud sexual y reproductiva: Hacia una agenda binacional de investigación, acción y política pública* (Capítulo 1). Obtenido desde http://ipas.org/publications/es/AAAPG_S99_es.pdf

Katchadourian, H., (1992). *Las bases de la Sexualidad humana*. México: Continental.

Levesque, J. (2000). Sexuality education: What Adolescents' Educational Rights Require. *Psychology, Public Policy and Law*, 6 (4), 953 - 988.

Llordachs, C. (2002). *¿Qué significa el Sida?*. Obtenido el 18 de abril del 2005, desde http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/temas_de_salud/doc/infecciosas/doc/doc_fases_infeccion_vih1.htm#1

López, P. (2003). *Mitos sexuales*. Obtenido el 7 de Octubre de 2003, desde <http://www.es.geocites.com/textoyarticulos/sxll.htm>

López, F., Carpintero, E., Fuentes, A., Hernández, A., Marcos, C., Martínez, L. y Soriano, S. (1995). *Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes: Reelaboración de cómo plantear mi vida*. Madrid: Siglo XXI.

Madaras, I. (1992). *¿Qué le pasa a mi cuerpo?: cómo ayudar a su hijo a convertirse en hombre*. México: Diana.

Madueño, C. (2004). *El Sexólogo en casa*. España: Diana.

Martínez, C., Becerra, P. y Hernández, G. (1996). *Adolescencia, Sexualidad y Sida: Taller Dinámico Vivencial enfocado al cambio de actitudes*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores, Iztacala: México.

Martínez, F., González, E. y Díaz, J. (2002). *Formación Cívica y Ética 3*. México: Fernández editores.

Martínez, S. (1995). *Implementación de habilidades asertivas en la relación de pareja a través de la técnica de video*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores, Iztacala: México.

Masters, W. (1980). *Homosexualidad en Perspectiva*. Argentina: Intermédica.

Master, W. y Johnson, V. (1978). *Respuesta sexual humana*. Argentina: Intermédica.

Matthews, A., (2001). *Sé un adolescente feliz*. México: Alamah autoayuda.

Michelson, L. y Suga, D. (1983). *Las habilidades sociales en la infancia*. España: Martínez Roca.

Mc Cary, L. y Mc Cary, P. (1983). *Sexualidad Humana*. México: El Manual Moderno.

Mc Cary, L., Mc Cary, P., Alvarez- Gayou J., Del Río C. y Suárez, L. (1996). *Sexualidad Humana*. México: El Manual Moderno.

Mckinney, P., Fitzgerald, E. y Strommen, A. (1982). *Psicología del Desarrollo: Edad Adolescente*. México: El Manual Moderno.

Monroy, A. (1991). Sexualidad en la adolescencia. En: De la Roz, A. *Sexualidad humana: Educación Sexual*. México: Uam- Xochimilco.

Monroy, A. (2002). *Salud y Sexualidad en la adolescencia y juventud*. México: Pax México.

Moreno, P. y López, E. (2001). *Educación sexual: Guía para un desarrollo sano*. Madrid: Pirámide.

Núñez, R., Hernández, B., García, C., González, D. y Walker, D. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública de México*, 45 (1), 192 - 102 .

Organización Panamericana de Salud (OPS, 2004). *Infecciones de transmisión sexual ITS, VIH SIDA*. Obtenido el 20 de abril del 2005, desde <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161710>

Pacheco, C. (2003). *Educación sexual*. Obtenido el 31 de Octubre del 2004, desde <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EypkEZuVpGCPvPnJy.php>

Pick, S., Aguilar, A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, E., Pier, D., Acevedo, P. y Vargas, E. (1995). *Planeando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes*. México: Planeta.

Pick, S., Givaudan, M. y Saldivar, G. (1996). La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes. *Perinatol Reprod Hum.*, 10 (2), 143 - 150.

Pick, S. y Trujillo, E. (1995). *Yo adolescente: Respuestas claras a mis grandes dudas*. México: Planeta.

Plannedhood, (2001). *Cómo se obtiene un aborto*. Obtenido el 6 de Abril del 2004, desde <http://www.plannedparenthood.org/espanol/comoaborto.html>

Plannedhood, (2002). *La anticoncepción de emergencia y el aborto*. Obtenido el 6 de Abril del 2004, desde <http://www.encuentra.com/includes/documento.php?IdDoc=1491&IdSec=266>

Population Reports, (1995). Riesgos para la Salud del embarazo precoz. *Population Reports, XXIII (3)*. Obtenido en http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sj41/sj41chap2_3.shtml

Prácticas sexuales riesgosas (Prácticas sexuales, n. f.). Obtenido el 27 de Mayo del 2005, desde <http://www.teleantioquia.com.co/Programas/MasquePiel/Temas/2005-PracticSexualesRiesgosas.pdf>

Principales secuelas físicas del aborto (Principales secuelas, n. f.). Obtenido el 29 de Junio del 2005, desde: <http://www.notivida.com.ar/Articulos/Aborto/Secuelas%20fisicas%20del%20aborto.html>

Psicología integradora Es así (2001). *La masturbación*. Obtenido el, 18 de Mayo del 2005, desde <http://www.es-asi.com.ar/sexualidad/masturbacion.htm>

Rábago, A., Mendoza, D. y Bravo, R. (1995). Líneas de acción y estrategias de trabajo con la población adolescente en el Instituto Mexicano del Seguro Social: Subjefatura de Servicios de Salud Reproductiva. En *Seminario Internacional: Salud, Sexualidad y Reproducción en la Adolescencia (Capítulo VIII)*. Obtenido el 1 de noviembre del 2004, desde <http://www.adolesc.org.mx/litcién/boletín/bol3/Bolet30.pdf>

Rage, E. (1996). *La pareja: Elección, problemática y desarrollo*. México: Plaza y Valdés y la Universidad Iberoamericana.

Ramírez, J., Uribe, G. y Gutiérrez, N. (1995). *Género y Salud: Una propuesta para el trabajo con población femenina*. México: Universidad de Guadalajara, Jal.

Rasmussen, B., Hidalgo, A. y Alfaro, N. (2003). Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. *Salud Pública de México*, 45, (1) 81 - 91.

Reproductive Health Outlook, (2004). *Glosario*. Obtenido el 10 de Marzo del 2005, desde <http://rhoespanol.org/html/glossary.html#d-f>

Ribeiro, L. (1997). *Aumente su autoestima*. Barcelona: Urano.

Rodríguez, M., Frías, I. y Barroso, R. (n.f.). La sexualidad del adolescente. En: María Elena Orozco J. *Generalidades de las Ciencias Biomédicas*. Editora: Orozco Jiménez Ma. Elena.

Romero, L. (2005). *Sexualidad y educación sexual irresponsable*. Obtenido el 19 de Mayo del 2005, desde <http://monografias.com/trabajos13/sexyeduc/sexyeduc.shtml>

Ruse, M. (1991). *La Homosexualidad*. Madrid: Cátedra.

Salud hoy, (2003). *Parches anticonceptivos*. Obtenido el 16 de Mayo del 2005, desde <http://www.saludhoy.com/html/noticias/2003/ago08-1.html>

Sapeti, A. (2001). *El sexo y el hombre de Hoy*. México: EMECÉ

Secretaría de Educación, Cultura y Bienestar Social, (1994). *Biología. Segundo grado*. México: Corporación Editorial Mac, S. A. de C. V.

Secretaría de Educación, Cultura y Bienestar Social, (1994). *Biología. Tercer grado*. México: Corporación Editorial Mac, S. A. de C. V.

Secretaría de Salud, (2001). *Programa de Acción*. México: Salud Reproductiva.

Sex Information and Education Council of the United States (SIECUS, 1986). *Guía Sexual moderna*. México: Gedisa.

Sexo con seso (n.f.). *Enfermedades de transmisión sexual (Folleto)*. Obtenido el 25 de Mayo del 2005, desde <http://www.sexocoseso.com.mx>

Sexo con seso (n.f.). *Métodos anticonceptivos (Folleto)*. Obtenido el 25 de Mayo del 2005, desde <http://www.sexocoseso.com.mx>

Sexo-sexualidad (2000). *Masturbación*. Obtenido el 18 de Mayo del 2005, desde <http://www.tnrelaciones.com/anexo/sexo/masturbación.html>

Sexo-sexualidad (2000). *Orgasmo*. Obtenido el 18 de Mayo del 2005, desde <http://www.tnrelaciones.com/anexo/orgasmo/index.html>

Sexuality information and education council of the United States (SIECUS, 2004) *Establecer el Vinculo: Sexualidad y Salud Reproductiva*. Obtenido el 28 de Febrero del 2005, desde <http://www.siecus.org/pubs/vinc/vinc0001.html>

Smith, M (1977). *Cuando digo no me siento culpable*. México: Mondadori.

Sociedad española de contracepción (2005). *Manual de salud reproductiva en la adolescencia*. Obtenido el 16 de Mayo del 2005, desde <http://www.sec.es/mbuscar.htm>

Soriano, S. (1999). *Como se vive la homosexualidad y el lesbianismo*. Salamanca: AMARÚ.

Tiefer, L. (1980). *Sexualidad humana*. México: Harper y Row latinoamericana.

Torres, C., (2004). *28 de mayo: Derechos sexuales y reproductivos*. Obtenido el 8 de Junio del 2005, desde <http://www.mujereshoy.com/secciones/2032.shtml> - 30k - 8 Jun 2005

Unidad de Investigación epidemiológica y en servicios de Salud al adolescentes (UIESSA, 2004). *Manual de autocuidado de la salud de adolescentes*. Obtenido el 25 de Mayo del 2005, desde <http://148.202.92.157/uiessa/manual/index.htm>

Uribe, M. y Laredo, C. (2002). *Tú y el sexo: Educación sexual*. México: Editorial.

Vamos México, (2005). *Guía de padres 3*. México: Editorial infantil y Educación, S. A. De C. V.

Vector, M. (2005). *Los parches anticonceptivos*. Obtenido el 2 de Mayo del 2005, desde <http://www.mundogar.com/ideas/reportaje.asp?ID=13107&MEN.ID=32>

Venegas, J. (2000). *Estrategias metodológicas para talleres de Sexualidad*. Bogotá: El Manual moderno.

Villaseñor, M. y Alfaro, N. (1992). Factores socioculturales que intervienen en la determinación del deseo o no deseo del embarazo en adolescentes. En: Lartigue, T. y Ávila, H. *Sexualidad Reproducción humana en México*. México: Fondo de Cultura Económica.

World Health Day, (1998). *La maternidad prematura*. Obtenido el 28 de Junio del 2005, desde En: <http://www.insp.mx/salvia/9828/sal98282.html>

Centros de atención telefónica:

Centro de ayuda para la mujer. T/52601719

Centro de Documentación sobre homosexualidades. T/ 5606-7216. Lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs y de 15:00 a 17:00 hrs.

CIES ahora Celsam (Orientación sobre sexualidad). T/ 5627-7090 al 91. Lunes a viernes de 9:00 a 19:00 hrs.

Comisión de Derechos Humanos. T/ 52295600.

De Joven a Joven (Orientación sobre salud sexual a jóvenes). T/ 5658-1111 ext. De joven a joven. Las 24 hrs.

Diversitel (Orientación sobre diversidad sexual, VIH/sida, ITS). T/ 5574-3012 / 5272-2522. Lunes a viernes de 9:00 a 21:00 hrs.

La primera librería especializada en sexualidad en América Latina. Desde <http://www.elarmarioabierto.com/>

Saptel (Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono). T/ 5395-0660. Las 24 hrs.

S.O.S. UNAM (Sólo universitarios/orientación y apoyo psicológico). T/ 5622-0020. Lunes a viernes de 9:00 a 17:00 hrs.

Telsida (VIH/sida, ITS y sexualidad) T/ 5666-7432 / 01(800)712-0889 / 01(800)712-0886. Lunes a viernes de 9:00 a 21:30 hrs.

Victimatel (Orientación a víctimas de violencia). T/ 5575-5461. Las 24 hrs.