



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

ADOLESCENTES: PROPUESTA DE CAMBIO ACTITUDINAL RESPECTO A SU
SEXUALIDAD. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARIA TERESA QUINTANA PADILLA

JURADO DE EXAMEN:

TUTOR: MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA

COMITÉ: LIC. ARMANDO RIVERA MARTÍNEZ

MTRA. JULIETA MARÍA DE LOURDES GARCÍA PÉREZ

LIC. RICARDO MEZA TREJO

LIC. MARIO MANUEL AYALA GÓMEZ



MÉXICO D. F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi familia,
por nunca dejarme sola. Porque aun cuando no los veo, siempre están.

A Oliver,
por estar siempre, amar, querer, confiar, tolerar, respetar, motivar, etc....

Agradecimientos

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por ser mi alma mater. A la carrera de Psicología por contribuir en mi formación y darme las primeras herramientas.

A la comunidad de la Secundaria Pública No. 182 "Alexis Carrel", turno vespertino, de la delegación Iztapalapa en la Ciudad de México.

Mi agradecimiento a las y los jóvenes que fueron parte de los grupos de investigación. Me enseñaron y motivaron para continuar.

Al Mtro. Edgar Pérez por su paciencia, tolerancia y resistencia, al ser mi director de tesina. Al Lic. Mario Ayala por la lectura detallada de este documento. Al Lic. Armando Rivera por la lectura detallada de este documento. Al Lic. Ricardo Meza por la lectura detallada de este documento. A la Mtra. Julieta García por la lectura detallada de este documento.

Al Mtro Eduardo Correa por imaginar conmigo que era posible el cambio y por motivarme para buscarlo.

A Sandra Nava por ser mi compañera de salón, mi amiga, mi cómplice de vida, y por acompañarme en la construcción de este documento.

A Omar Rosas por ser uno de mis mejores recuerdos de la FES-Z. Amigo querido, compañero brillante e inolvidable.

A Verónica Pérez por ser mi cómplice y amiga de la vida.

Mi profundo agradecimiento a mi familia; mis hermanos: José Luis, Aurora, Ricardo, Hiran, Tamara y Cristal; porque sin cada uno de ellos, no existiría la posibilidad de que yo escribiera estas líneas. A mi madre por ser el pilar, sustento y motor de la vida de cada uno de nosotros.

A mis sobrinos, todos y cada uno. Porque son mi motivación para trabajar por un mundo mejor. A Fernanda por ser mi luz en el camino.

Sobre todo mi agradecimiento a Oliver Izquierdo, que con su amor, cariño y respeto encontró la manera de permanecer a mi lado acompañándome en el largo camino que ha sido nuestra vida, compartiendo fracasos y logros. +1

Finalmente a todas y todos mis amigos que no menciono, pero que han sido y seguirán siendo parte de mi vida.

Índice

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| Capítulo I..... | 6 |
| 1. HISTORIA DE LA SEXUALIDAD | 6 |
| Sexualidad: civilizaciones de la antigüedad | 7 |
| 1.2. Sexualidad en la Edad Media (8) | 10 |
| 1.3. El puritanismo de los siglos XVII y XIX | 11 |
| 1.4. La revolución sexual y el inicio del modernismo sexual..... | 12 |
| 1.5. La categoría sexualidad y sus exponentes más representativos | 15 |
| 1.6. La sexualidad en México | 17 |
| 1.7. El Siglo XX mexicano y la educación sexual | 20 |
| Capítulo II..... | 25 |
| 2. ADOLESCENCIA Y EDUCACIÓN..... | 25 |
| 2.1. Adolescencia | 25 |
| Desarrollo Biológico | 26 |
| Desarrollo Psicológico | 29 |
| Desarrollo social | 31 |
| 2.2. Adolescencia en México | 33 |
| 2.3. Educación sexual en la adolescencia | 34 |
| Capítulo III..... | 39 |
| 3. DERECHOS HUMANOS, SEXUALES Y REPRODUCTIVOS..... | 39 |
| 3.1. Categorización del Derecho | 39 |
| 3.2. Origen y fundamento de los Derechos Humanos..... | 41 |
| 3.2.1. Internacionalización de los Derechos Humanos y Declaraciones Universales | 42 |
| Carta fundacional de la ONU..... | 43 |
| Declaración Universal de Derechos Humanos | 44 |
| Documentos internacionales de 1966..... | 44 |
| Convención Americana de Derechos Humanos o Pacto de San José | 45 |
| 3.3. Los Derechos Humanos en México | 45 |
| Independencia | 46 |
| La Reforma | 48 |
| La Revolución..... | 48 |
| 3.4. Derechos sexuales y reproductivos | 49 |
| Capítulo IV..... | 55 |
| 4.1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA | 55 |
| 4.2. Prácticas y conductas en salud sexual y reproductiva en la población adolescente | 58 |
| 4.3. Estrategias positivas para la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes | 58 |
| Infecciones Sexualmente Transmisibles..... | 58 |
| Sífilis | 60 |
| Gonorrea | 61 |
| Chancro blando | 61 |
| Herpes genital | 61 |
| Vaginitis monilial..... | 62 |
| Ladilla..... | 62 |
| SIDA..... | 62 |
| 4.4. Medidas de prevención..... | 65 |

| | |
|---|------------|
| 4.5. Embarazo adolescente | 66 |
| 4.6. Anticoncepción en adolescentes | 68 |
| Pastillas anticonceptivas | 69 |
| Inyecciones anticonceptivas | 70 |
| Pastillas Anticonceptivas de Emergencia (PAE) | 70 |
| Dispositivo Intrauterino (DIU) | 71 |
| Condón o preservativo..... | 71 |
| Espermaticidas | 73 |
| Capítulo V..... | 75 |
| 5. Actitudes: Cambios cognitivos y conductuales..... | 75 |
| 5.1. Historia del concepto Actitud | 75 |
| 5.2. Definiciones del concepto actitud | 76 |
| 5.3. Actitudes y conductas..... | 79 |
| 5.4. Adquisición de las actitudes | 80 |
| 5.5. Medición de las actitudes..... | 81 |
| La escala tipo Likert..... | 82 |
| Capítulo VI..... | 84 |
| 6.1. METODOLOGÍA | 84 |
| Planteamiento del problema | 84 |
| Objetivo | 84 |
| Hipótesis | 84 |
| Variables..... | 84 |
| Población | 85 |
| Muestra..... | 85 |
| Muestreo | 85 |
| Diseño de la investigación | 86 |
| Escenario | 86 |
| Instrumento | 86 |
| Material..... | 87 |
| Procedimiento | 87 |
| Capítulo VII..... | 91 |
| 7.1. RESULTADOS..... | 91 |
| Cuestionario de actitudes..... | 91 |
| Resultados del pre-test / post-test..... | 91 |
| Capítulo VIII..... | 104 |
| 8.1. Discusión y conclusiones..... | 104 |
| 8.2. Limitaciones y sugerencias finales..... | 109 |
| Referencias bibliográficas..... | 111 |
| ANEXOS | 120 |

INTRODUCCIÓN

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo llevada a cabo en 1994, evidenció la necesidad de considerar, como un elemento fundamental frente a los planteamientos de desarrollo de una nación, el tema de la educación sexual. Al mismo tiempo, evidenció también la importancia que para el Programa de Acción (definido en la mencionada Conferencia), tiene la implementación de estrategias dirigidas a la promoción y defensa de los derechos humanos y sobre todo, para este caso, los que tienen que ver con la salud sexual y reproductiva. El reconocimiento por primera vez, al menos de manera oficial, de la libertad de las mujeres para ejercer su sexualidad fue el paso que marcó el inicio de un discurso basado en los derechos humanos, que aportó al destape de las problemáticas relacionadas a la sexualidad y que dejó al descubierto los grupos sociales más vulnerados en ese tema, las mujeres y las y los jóvenes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende por salud, “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades” (OMS, 2005). Sin embargo, la presente investigación maneja la propuesta inscrita en el Programa de Acción de la CIPD, que propone “la salud reproductiva es: un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relaciona con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (CIPD, 1994). También amplía e incluye una visión biopsicosocial para comprender las problemáticas actuales de las personas y sobre todo de las mujeres y las y los jóvenes. Para esto, aporta la inclusión del derecho a la salud sexual y reproductiva para ser considerada en todos los planes y proyectos de las políticas públicas de cada país suscrito a ésta Conferencia. Según el Programa de Acción del CIPD, por derechos sexuales y reproductivos se entiende que “toda persona tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberán adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción” (CIPD, 1994).

Según Cerruti (1997) la noción de derechos sexuales invoca la libertad sexual como la capacidad de expresar el deseo de disfrutar de una vida sexual placentera sin riesgos ni coacciones, con posibilidad de tomar decisiones y de ejercer opciones. En ese sentido, continúa el mismo autor, se requiere de la planificación familiar, el control voluntario de la procreación, la prevención de ITS, la maternidad sin riesgo, la prevención de embarazos adolescentes y la presencia de servicios de salud pública para abortos seguros. Por lo que, la aplicación de los derechos sexuales compromete a los servicios educativos e informativos, los cuales tienen por misión formar, informar y asesorar sobre la problemática señalada (1). Respecto a la educación sexual, el mismo autor considera que “el proceso educativo continuo debe estar vinculado profundamente a la formación integral de niños y niñas y jóvenes que les

aporte información científica y elementos de esclarecimiento y reflexión para incorporar la sexualidad de forma plena, enriquecedora y saludable en los distintos momentos y situaciones de la vida” (Cerruti, 1997, p. 13). Propone que la educación en sexualidad debe comenzar lo más temprano posible, sobre todo, considerando que la educación en sexualidad informal, la que se desarrolla en mecanismos espontáneos de socialización, repercute significativamente en los infantes y jóvenes. Por lo que la educación formal, la que se encuentra incorporada al currículo de los establecimientos educacionales, tiene la responsabilidad de basarse en datos científicos y comprobados, debe contener un mayor énfasis en el desarrollo y formación de las y los adolescentes, más allá de la proporción de información biológica, aportando elementos para favorecer su autoestima, elaboración de pensamiento crítico y la promoción de valores, como el respeto y la solidaridad entre los miembros de una sociedad.

Considerando, además, que en México 21,061,144 son jóvenes con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, de los cuales 10,541,816 son hombres y 10,579,328 son mujeres. Mientras que tan solo en el D.F. las y los adolescente pertenecientes a este rango de edad son un total de 1,445,230, contando con 725,148 hombres y 747,082 mujeres. Mostrando que son un grupo amplio y representativo con necesidades específicas, como lo demuestran Pérez de la Barrera y Pick (2006) en sus distintas investigaciones aplicadas a población juvenil mexicana. Según ellas “el embarazo no planeado así como el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluyendo el SIDA, representan un grave problema de salud a nivel mundial (...). El embarazo no planeado en la adolescencia, se asocia con conductas tales como el inicio temprano de relaciones sexuales, y el uso inconsistente de métodos anticonceptivos incluyendo el condón” (p. 335). También, el Fondo Poblacional de Naciones Unidas (2002), tiene datos sobre que anualmente ocurren en el mundo 10.5% de embarazos en mujeres entre las edades de 15 a 19 años. Mientras que la OMS visibiliza la problemática del aumento en el número de ITS entre adolescentes, considerando que para cada año el 15% del total de adolescentes en el mundo contrae una ITS, además del alto índice de adolescentes que viven en el mundo con VIH-SIDA que se considera en 560.000 jóvenes entre 15 y 24 años.

No obstante, también la Encuesta Nacional de la Juventud (2000) identificó una serie de problemáticas que tiene esta población. Según su encuesta del año 2000, las y los jóvenes de 15 a 29 años tienen en promedio su primer noviazgo, a los 15 años de edad. Del total de los encuestados el 55% manifiesta haber tenido relaciones sexuales. Del total de jóvenes que reconocen estar teniendo relaciones sexuales, el 48% no usa anticonceptivos. En cuanto a la sexualidad de los jóvenes en México, según la misma encuesta, el 85% de los que tienen 15 a 29 años declaró conocer algún método anticonceptivo, sin embargo cuando se les cuestionó respecto al SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, el 84% reconoció algún método para protegerse, siendo los más mencionados el condón con un 66%, una sola pareja el 22%, y la abstinencia el 12%. Con respecto a la experiencia sexual, 55% de las y los jóvenes de 15 a 29 años declara haber tenido alguna relación sexual, y la primera de ellas, en promedio, ocurrió alrededor de los 18 años. Este primer encuentro fue con el

novio o novia o con el esposo o esposa, en uno de cada tres casos; con un amigo o amiga en el 14%; ó con una sexo-servidora o una persona desconocida en el 4%. Del 45% de las y los jóvenes que no han tenido relaciones sexuales, uno de cada cinco pretende llegar virgen al matrimonio, otra proporción equivalente está en espera de la pareja ideal, y el resto manifestó tener temor al SIDA o al embarazo, no haber tenido la oportunidad u otras razones. 48% de las y los jóvenes que ejercen su sexualidad no utilizan métodos anticonceptivos, lo que constituye un riesgo para embarazos no deseados o la transmisión de enfermedades. De los jóvenes que sí utilizan algún método anticonceptivo, 39% se previenen principalmente con el condón, 14% emplea un dispositivo intrauterino, y 11% acude a las píldoras (pp.1-8).

La población tomada para esta investigación, que se encuentra involucrada e inmersa en las problemáticas narradas anteriormente y a la que se pretende beneficiar con el análisis, es la que Papalia y Olds (2001) describen dentro de un periodo de desarrollo conocido como adolescencia. Este periodo “es la etapa de la vida comprendida entre la niñez y la edad adulta, período de transición que fluctúa entre los 12 y 19 años; se inicia con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto” (p. 106). No obstante, para la presente investigación el tema de las actitudes, como un elemento fundamental en la psicología social que aporta valiosos elementos de predicción de las conductas, ocupa un lugar fundamental. Rodríguez (1993), define a las actitudes como “variables intercurrentes, directamente inferibles, observables y que constituyen una organización cognoscitiva duradera; incluyen un componente afectivo a favor o en contra de un determinado objetivo y predisponen a la acción” (p. 79). Se puede decir entonces, que la actitud es la predisposición a actuar y puede estar influenciado por algún carácter personal, por lo tanto se infiere que tiene una predisposición positiva o negativa hacia algo o alguien. La actitud hacia la sexualidad, según Cerruti (1997), es un conjunto de organizado de creencias, opiniones, sentimientos y tendencias que evalúan y disponen de determinada forma al sujeto ante personas, objetos y situaciones relacionadas al comportamiento sexual, identidad sexual, roles de género, orientación sexual, al uso de métodos anticonceptivos, a la prevención de situaciones de riesgo y al desarrollo de la actividad sexual (p. 13). Por lo tanto, la importancia de tomar como variable la actitud, para analizar las conductas sexuales en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva y a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, es trascendental.

En esta investigación se utilizó un tipo de muestra probabilística, aleatoria. Con un método cuasiexperimental, pre-test / post-test para un grupo control y otro experimental. Ambos grupos pertenecen al segundo año de la secundaria pública No. 182, turno vespertino, ubicada en la Delegación Iztapalapa. A ambos grupos se les aplicó un cuestionario de actitudes hacia la sexualidad y el SIDA que consta de 67 reactivos que fueron medidos mediante una escala tipo Likert. Todos los reactivos fueron agrupados en 13 factores con la finalidad de evaluar por separado el cambio de actitud. Posteriormente se implementó sobre el grupo experimental, un taller sobre salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos que tuvo una duración 10 sesiones

consecutivas durante dos semanas. Finalmente, se aplicó el mismo cuestionario para ambos grupos, tanto control como experimental.

Como se mencionó anteriormente, uno de los temas centrales propuestos para generar cambios de actitudes es el de la educación, presentada aquí como una propuesta de taller, que parte de la siguiente hipótesis: ¿Es posible que a través de un taller de sensibilización en salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos, las actitudes de las y los adolescentes respecto a la sexualidad se modifiquen?. Para lo que se propone como objetivo demostrar que las y los adolescentes tendrán un cambio de actitudes respecto a la sexualidad al contar con la información necesaria y al sensibilizarse en el uso y promoción de sus derechos sexuales y reproductivos. Dicho taller se utilizó con la finalidad de demostrar que es necesaria la acción social decidida, tanto de organizaciones de la sociedad civil como de las acciones de gobierno que favorezcan los mecanismos y estrategias para su desarrollo y los vuelvan exigibles. Se propuso que las y los adolescentes fueran capaces de analizar y generar sus propios discursos sobre la sexualidad promoviendo la salud sexual y reproductiva a través de la promoción de sus derechos sexuales y reproductivos con la finalidad de obtener cambios actitudinales frente a su sexualidad. Para lo que se plantearon una serie de temas, por sesión, que se mencionan a continuación: sexo y sexualidad; adolescencia y sexualidad; la socialización de la sexualidad; anatomía y fisiología sexual (masculina y femenina); salud sexual y salud reproductiva; embarazo en la adolescencia; Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); anticoncepción; derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos y la importancia de la educación en la sexualidad y empoderamiento.

Todo lo anterior se vio reflejado en los resultados obtenidos en la presente investigación, para lo que se obtuvo una muestra real, compuesta por 38 alumnos y alumnas para ambos grupos. Un grupo control de 22 alumnos, 54% hombres y 46% mujeres; y un grupo experimental de 16 alumnos, 56% hombres y 46% mujeres. En edades que van entre 12 y 16 años.

Los primeros resultados arrojaron que se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en el pre-test y el post-test. Resultado obtenido a través de una prueba t, que obtuvo un nivel de confianza de .02 con 22 grados de libertad y una t de -2.49, constatando que la hipótesis de trabajo se podía aceptar. Esto significa que el taller sobre salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos es útil para generar cambios de actitud en las y los adolescentes respecto a la sexualidad. Posteriormente se realizó una prueba comparativa entre ambos grupos, en el pre-test y el post-test, identificando que existen diferencias significativas respecto al cambio de actitudes en: Factor 2: Autoerotismo; Factor 6: Salud Sexual y Reproductiva; y Factor 7: Prevención (ver capítulo VII).

Se puede decir, como conclusión final, que a través del taller sobre salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos se logró cierto cambio en las actitudes de las y los adolescentes frente a la sexualidad, dato corroborado estadísticamente a través del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad y el SIDA. Conclusión que se sostiene con la aportación de Pérez

de la Barrera y Pick (2006) en su investigación sobre „la conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos“. Donde concluye que es necesario proporcionar a las y los jóvenes información para prevenir conductas sexuales, explicándoles en detalle cómo protegerse, con la finalidad de fomentar un comportamiento sexual protegido (p. 340).

Notas

1. Lo anterior considerando que los derechos sexuales y reproductivos están vinculados con el derecho a la educación, a la salud y a la libertad de conciencia, de decisión, y que todos y cada uno forma parte del catalogo de los derechos humanos obligados a defenderse y garantizarse por los gobiernos del mundo, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En lo nacional, el artículo 4 de la Constitución Mexicana garantiza el derecho de toda persona “a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”, siendo éste el fundamento jurídico más importante para volver exigibles los derechos sexuales y reproductivos. Mientras que el Plan Nacional de Salud Reproductiva (1995-2000) y el Programa de Acción de Salud Reproductiva (2001-2006), garantizan la atención a la salud reproductiva.

Capítulo I

1. HISTORIA DE LA SEXUALIDAD

La sexualidad es un fenómeno pluridimensional que varía de una cultura a otra dependiendo el contexto socio-histórico en que se desarrolle. Adentrarse en el estudio de este tema, evidenciará la forma en que se mira y se vive la sexualidad. En este capítulo se analizarán las formas en que se han ido construyendo las conductas y actitudes sobre la sexualidad en distintos periodos históricos, además de centrarnos en la visión mexicana de la sexualidad. También se analizarán las aportaciones de los distintos investigadores en dicha materia y, cómo ellos han colaborado, directa o indirectamente, a la definición histórica de lo que es la sexualidad humana.

Para Weeks (1986), “sexualidad es una construcción histórica que reúne una serie de posibilidades biológicas y mentales – identidades de género, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos y fantasías – que no necesariamente se encuentran ligadas” (p. 28). Éstas se presentarán de manera diferente en cada persona y en cada cultura.

Según Monroy (2002), “sexualidad: son las características biológicas, psicológicas y socio-culturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como mujeres u hombres. Es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; es elemento básico de la feminidad o masculinidad, de la autoimagen, de la autoconciencia, del desarrollo personal. Es parte del deseo para la satisfacción personal. Estimula las necesidades de establecer relaciones interpersonales significativas con otros” (p. 91).

Ambos autores aportan a la investigación elementos para comprender la importancia que tiene analizar las características biológicas, psicológicas y culturales que conforman la sexualidad, que definen identidades y maneras de vivir. Demuestran, además, la importancia de la definición de dichas características sexuales frente a las necesidades de relaciones sociales, que significarán, elementos sociales sobre restricciones conductuales y por tanto de control.

Es necesario, entonces, analizar las bases de la sexualidad. La biológica, tiene que ver con un conjunto de características anatómicas y fisiológicas que diferencian a los humanos en hombre y mujer para la reproducción. Al contar con esta diferenciación de caracteres, al producto se le asigna un sexo de acuerdo con la formación de sus genitales externos. El simple hecho de que el médico diga “fue niño o niña”, establecerá una serie de expectativas de la familia y de la sociedad en cuanto al futuro rol sexual del recién nacido. Las bases psicológicas estarán determinadas, a partir de elementos como conductas, fantasías y actitudes que determinarán la manera en que se ejercerá la sexualidad. Mientras que el contexto cultural en el que se dé el crecimiento de una persona definirá, en las mujeres y los hombres, la manera en que dirigen sus deseos, las normas que deberán seguir para la convivencia social, las prohibiciones de las que será objeto a partir de las necesidades

sociales, políticas y económicas de su cultura en específico y la manera en que se ejercerá control hacia su cultura en particular (1). Dichas normas de control se pueden ver reflejadas en lo que conocemos como estereotipos o esquemas. Por ejemplo:

- a) Los estereotipos culturales, son acuerdos implícitos que permiten a un grupo de personas cooperar y funcionar. No son estáticos y la sociedad los transforma a través del tiempo según las condiciones económicas, políticas, etc.
- b) Los estereotipos de género, son acuerdos sociales sobre los roles que se asignan tanto a hombres como a mujeres; y
- c) Los esquemas de género, que son la percepción que adquiere el individuo de lo que la sociedad espera de él, como hombre o como mujer y que se transmite a través de los grupos de origen, como la familia.

No obstante, es necesario remitirnos a la historia de la sexualidad para poder ubicar con mayor precisión desde dónde provienen las prácticas, las reglas y los métodos que intentaban, a lo largo de los siglos, someter a hombres y mujeres a una lógica que permite concebir la sexualidad como la conocemos en la actualidad, representándose de formas variadas y conservando aún formas de otras épocas.

Los antecedentes de la sexualidad humana los podemos encontrar desde que se tuvo conciencia de la condición humana. La sexualidad era totalmente natural, como el comer o cazar, sin embargo, no se tenía conocimiento de ella como algo separado. Fue hasta las culturas más avanzadas en organización social, que se comenzó a dar importancia a la sexualidad y es cuando se dejan ver con mayor claridad los mecanismos de regulación y control impuestos. Dichas culturas son la griega y la romana que heredan, a la época moderna, sus costumbres y prácticas encrudecidas con la vigencia del cristianismo, que se impone hasta la actualidad.

Sexualidad: civilizaciones de la antigüedad

La Grecia antigua del siglo IV A.C., se distinguió por ser una cultura que valoraba el acto sexual y lo promovía entre sus miembros. Para ellos, el sexo era algo bello y natural. Durante esta época, Aristóteles uno de los pensadores más representativos, consideraba a la mujer como un ser inferior, por el contrario, Sócrates y Pláton abogaron por la igualdad de sexos y el último defendió la libertad sexual para hombres y mujeres (Lewinsohn, 1958, p. 221). Esta civilización clasificaba a las mujeres de acuerdo a las funciones que desempeñaban: en esposas para la reproducción, que aportaban soldados al estado; concubinas para el placer sexual; y ágatas para el amor y el intercambio social (Ledesma, 2000, p. 36) (2).

La sexofilia griega se manifestó en su admiración del cuerpo, en el nudismo de su arte y sus atletas y en su aceptación del amor sexual entre hombres (Ledesma, 2000, p. 45). La apertura del pensamiento sexual de esta cultura llega al punto de valorar la sexualidad, ligándola con la estética y separándola

de la reproducción. Para ellos, la importancia primordial la tenía la belleza física, por lo que la juventud fue lo más valorado. La atracción sexual, en esa época, no se concentraba en las características de los genitales.

La práctica sexual entre hombres fue una práctica considerada importante, ya que se creía que preservaba el valor de los soldados en la guerra y por ser considerado el amor aristocrático por excelencia. La relación sexual masculina entre adultos y adolescentes, dentro de un contexto educativo, era una práctica común, en la que el adulto tenía la función de educar y formar en lo intelectual y ético a sus pupilos (*paidegogous*), desaprobándose esta práctica entre hombres adultos y también entre estos y niños.

Mientras tanto, en Atenas, las mujeres carecían de derechos legales y políticos, se hallaban sometidas a la autoridad del pariente más cercano, no podían andar solas por las calles, excepto las *hetairas* (prostitutas finas), quienes lo tenían como privilegio exclusivo, además de relacionarse públicamente con hombres. Estaban también las *pornoí* (vocablo del que deriva la palabra pornografía), que eran las prostitutas más bajas. La mujer era considerada un ciudadano de segunda categoría y era, ante todo, una *gyne*, cuyo significado era „portadora de hijos“ (Tannahill, 1980, p. 71).

Contrario a Grecia, los romanos presentaban conductas contradictorias respecto a la sexualidad. Por un lado mantenían conductas que negaban el placer sexual aunque por otro lado lo valoraban, siempre en una gran contradicción. La diversidad sexual, exaltada con los griegos, era despreciada por los romanos. La heterosexualidad era considerada como algo natural que se debía disfrutar, ya sea dentro del matrimonio o fuera de él, y era válido para ambos sexos (Lewinsohn, 1958, p. 221).

La mujer romana gozaba de cierta igualdad con el hombre en el campo sexual y también en cuanto a sus derechos civiles. El divorcio podía ser demandado por la esposa, pero la responsabilidad de los hijos estaba reservada para los hombres.

Sin embargo, con la llegada del judaísmo se dan interacciones interesantes ante la sexualidad. Su concepción deriva de varios documentos, uno de ellos es el Talmud (recopilación de escritos que interpretan la Biblia). Según éste, la sexualidad vista desde el judaísmo, constituye una fuerza positiva, un don de Dios a sus criaturas. Actitud que se nota en el Cantar de los Cantares, atribuido al Rey Salomón, donde la sexualidad es vista como un impulso creativo y placentero (Masters & Johnson, 1995).

Según estos textos, el judaísmo enseñaba que la relación sexual, al margen de sus fines de reproducción de la especie humana, constituía una actividad placentera, que se consideraba buena, solo en el seno del matrimonio (Rosenheim, 1977) (3). No obstante, el placer era visto como un objetivo en la relación marital. La relación fuera del matrimonio, mantenía una reglamentación descrita a continuación:

“En el Antiguo Testamento, fuente original de la ley judía, se señalan las normas que regulaban la conducta sexual de la época. Así, en Éxodo (XX, 14) en los diez mandamientos, se prohíbe el adulterio, reforzándose en Levítico (XVII, 20): „no pecarás con la mujer de tu prójimo ni te contaminarás con tal unión“. Aparece proscrita la homosexualidad en Levítico (XVIII, 22) (4): „no cometerás pecado de sodomía porque es una abominación“ y aparece el tabú de la desnudez en Levítico (XVIII, 7) y la prohibición del incesto (5) en Levítico (XVIII, 6) y en Corintios: „nadie se juntará carnalmente con su consanguinidad, ni tendrá que ver con ella” (Masters y Johnson (1988).

Es a finales del siglo VI d.C., que la iglesia católica pone de manifiesto sus posturas negativas en torno al sexo, teniendo como máximo representante a San Agustín (6). Él planteaba que “la lujuria carnal era una consecuencia de la caída de Adán y Eva en el paraíso, y que el pecado original se transmitió a la especie humana en virtud de una sensualidad intrínseca que separo al hombre de Dios” (Masters y Johnson, 1988), razón por la que el sexo fue condenado en todas sus formas, aunque, para San Agustín, era menos grave cuando el fin era la procreación.

Con el surgimiento de grupos humanos conformados por familias, donde el hombre fungía como la cabeza, conocidas como *familia patriarcal* (7), se dejan ver una serie de dualidades en lo que respecta a la sexualidad: a) en el plano social la aparición de la esfera privada queda restringida sólo para la mujer, quedando a su cargo la reproducción y la educación; la esfera pública queda a cargo de los varones; b) una doble norma establecida: permisividad al varón y represión a la mujer, a ésta se le exige virginidad y fidelidad al marido, sin importar su propio placer; c) doble imagen de la mujer dependiendo de las necesidades y exigencias sociales. La mujer „buena“ es la mujer de casa, la madre o la virgen. La mujer „mala“ es la mujer pública dedicada al placer y al pecado; d) la sexualidad contenida de un doble significado: la reproducción como una forma lícita y socialmente aceptada vinculada al matrimonio y la familia, exigencia casi estrictamente para la mujer (Cerruti, 1992, pp. 27-67). O bien, el placer como lo estrictamente propio del hombre.

Es durante esta época de la histórica que se van configurando formas más claras de regulación y restricción social respecto a la sexualidad, que se van conformando conductas y actitudes generalizables hacia las prácticas sexuales, donde se manifiestan tareas o roles, tanto para hombres como para mujeres, que lejos de mantener la idea griega del placer, domina la idea de la reproducción como la única forma de expresión para la sexualidad. No obstante, es claro que las prácticas sexuales placenteras se encaminaron hacia la clandestinidad provocando que las restricciones se vayan convirtiendo en imposiciones que han perdurado hasta la actualidad.

Lo anterior se atribuye al hecho práctico, de quién tiene el poder para dominar y por tanto definir, pensamiento y conducta. En el pasado, la definición del pensamiento y la enseñanza sobre la sexualidad eran tareas propias de aquellos que practicaban el cristianismo, monjes y célibes que sobrevaloraron la virginidad y el celibato y que atribuyeron, de manera arbitraria, la perversión y la perdición del hombre a la sexualidad femenina, considerando por tanto,

que debía ser controlada y reprimida. Por lo que la práctica de la sexualidad masculina queda abierta a interpretaciones y reinterpretaciones sobre qué y cómo llevarla a cabo, mientras que la sexualidad femenina es coartada por completo y quienes quedan al margen, serán estigmatizadas y perseguidas.

1.2. Sexualidad en la Edad Media (8)

Si bien este periodo histórico abarca al menos mil años, es durante los siglos XII y XIII, que la iglesia consolida su poder y destaca la tradición cristiana sobre la sexualidad arraigándose con fuerza en Europa. Se desarrollan estos años plagados de objeciones que ilustran la contradicción en la que se ubicaban las prácticas sexuales. En este momento de la historia, la ley civil a menudo era equiparada a la teología y la postura que toma la jerarquía, respecto a este tema, era de repudio excepto en los casos de procreación. No obstante, la concepción oficial católica continuó hasta los últimos papas, (como el Papa Paulo VI), legitimando una concepción dicotómica de la sexualidad. Por un lado los „actos sexuales naturales“ que eran permitidos siempre y cuando tuvieran como objetivo final la reproducción, y por otro, los que iban „contra la naturaleza“, esto es, que otorgasen placer.

Esta época mostraba comportamientos sociales contradictorios presentes en sus sociedades. Por ejemplo, hubo un momento en que se le prestaba importancia al amor y al romance, aun cuando el fin fuera reproductivo. Se podía pensar en hombres o caballeros, con conductas moralmente aceptables, que colocaban a la mujer en un papel de gran inmaculación. Reinaba el romanticismo y los amores secretos y se pensaba no solo en la reproducción. No obstante, es también aquí que aparecen los famosos cinturones de castidad (Tannahill, 1980, p. 78) (9) y con ellos formas más contundentes de control y represión hacia la sexualidad, siendo más restrictivas para las mujeres. Las prácticas sexuales se convirtieron en una actividad controlada y esquematizada socialmente, que se generalizaría hacia el resto de las culturas que participaban del cristianismo.

A finales del siglo XV aparecen en Europa los primeros indicios de enfermedades de transmisión sexual, al menos como las conocemos en la actualidad. La más común era la sífilis. Estas enfermedades eran conocidas entonces como enfermedades venéreas. Fueron consideradas un castigo celestial por los excesos en las prácticas sexuales de las personas que las padecían (Del Rio, 1996, pp. 363-382), siendo estas las excusas para limitar la promiscuidad sexual a la monogamia.

Alrededor de los siglos XVI y XVII, durante el periodo histórico conocido como Renacimiento, la reforma protestante encabezada por Martín Lutero, Calvino y otros dirigentes espirituales demuestra mayor tolerancia en cuanto actitudes respecto a la sexualidad, a diferencia de la Iglesia Católica. Si bien Lutero no era un liberal de pensamiento, no creía que el sexo fuera reprobable y no consideraba a la castidad y el celibato como signos de virtud (Masters & Johnson, 1988). Este hombre, marca un antes y un después frente a la visión que se tenía sobre la sexualidad y el matrimonio, al admitir en Inglaterra, el

primer divorcio solicitado por Enrique VIII para separarse de Catalina y casarse con Ana Bolena para el año 1530.

1.3. El puritanismo de los siglos XVII y XIX

El correr de estos siglos se ve enmarcado por un alto nivel de control, obtenido por la iglesia católica, por sobre lo económico, social y religioso. La secularidad del Estado era ya parte del pasado y se había instaurado un Estado dominado, aunque de manera indirecta, por la iglesia. La influencia de esta institución no tenía límites, imponía reglas y mandatos para todos los súbditos e incluso imponía castigos. Refrenda el matrimonio monógamo y declara al instinto sexual como demoníaco dando origen así a la Santa Inquisición quién es, históricamente, la responsable de miles de asesinatos de mujeres acusadas de bigamia o de otros pecados. Durante estos siglos, “se condenaba la sexualidad fuera del matrimonio y se alentaba la solidaridad familiar. Los que incurrieran en adulterio o tenían contacto íntimo antes del matrimonio, eran azotados, puestos en la picota o en el cepo y obligados a excusarse en público” (Masters & Johnson, 1988).

La sociedad del siglo XVIII no había logrado una acabada delimitación jurídica ni social de algunas conductas, posiblemente debido a la gran influencia que el modelo de pensamiento teológico tenía todavía (10). Los tribunales de la época podían condenar tanto la homosexualidad como la infidelidad, el matrimonio sin consentimiento de los padres como la bestialidad. Existen nociones más o menos confusas de delito y de pecado y una falta de determinación entre estas nociones. Si bien la sociedad de la época conoce lo socialmente aceptable y la justicia punitiva actúa en función de este conocimiento, ninguna doctrina jurídica verdadera informa los alcances y efectos de la transgresión hasta las codificaciones del siglo XIX.

Durante estos siglos, también conocidos como época victoriana, las conductas sexuales como la masturbación eran consideradas inapropiadas y lesivas para el cerebro y el sistema nervioso. Se pensaba que la mujer tenía poca o ninguna capacidad de respuesta sexual y se le consideraba inferior al hombre, tanto física como intelectualmente. El espíritu del puritanismo victoriano consistía en la represión sexual y en un sentimiento arraigado de pudor, exigidos por la presunta pureza e inocencia innata propia de las mujeres y los niños (Masters & Johnson, 1988), exigencia que no aplicaba igual en el caso de los hombres.

Master y Johnson (1988), en su libro sobre „La sexualidad humana“, evidencian un acontecimiento que se mostraba claramente con elementos de gran importancia durante estos siglos. Se da mientras crecía el interés médico sobre la sexualidad, como una parte de la respuesta humana. Dicho acontecimiento tenía que ver con la investigación que la medicina realizaba, en relación con la enfermedad y las conductas sexuales que se mantenían. El nuevo interés médico sobre la respuesta sexual humana y sus consecuencias, entra en un periodo creciente de descubrimientos. Por ejemplo, se decía que el exceso de relaciones sexuales reducía la vida del hombre o lo volvía idiota; también se propagaba la idea de que si las mujeres disfrutaban de las relaciones sexuales estaban sentenciadas a morir jóvenes. La creación y difusión de estos mitos,

según algunas especulaciones, se generalizó con rapidez debido a que los médicos eran considerados los depositarios de la moral burguesa, aun cuando creían que era correcto acabar con todo tipo de práctica sexual que no tuviera como fin último la reproducción.

Esta tendencia médica se mantiene aun a finales del siglo XIX, cuando el psiquiatra alemán, considerado el padre de la sexología moderna, Richard Von Krafft-Ebing describe diferentes tipos de comportamiento sexual etiquetándolos como patológicos, surgiendo así el término desviación sexual. Su obra *Psychopathia Sexualis*, escrita en 1886, tuvo un fuerte impacto en esta época e influyó de manera decisiva en la noción colectiva que se tenía de la sexualidad y sus patologías, así como en la práctica de la medicina y del derecho durante muchos años. Ha sido el precursor de la comprensión y el tratamiento médico de las denominadas „desviaciones sexuales“ y las leyes aplicables a los delincuentes sexuales (Caruso, 1993, pp. 107-134).

Si bien se había aportado mucho con los descubrimientos respecto a la respuesta sexual, el siglo XIX vio gestarse una nueva forma de control y represión sobre la sexualidad. El periodo de mayor influencia religiosa había menguado su poderío, dando entrada a una nueva forma de control. Las prácticas sexuales eran reguladas ahora bajo conceptos médicos. Cualquier acto sexual que no tuviera como fin la reproducción se consideraba „anormal“ o patológica. Formas variadas de conducta se presentaban marcadas por diferencias sociales o de clase, encontrándose algunas contradicciones entre ellas. Por ejemplo, la clase burguesa disfrutaba de la sexualidad libre, las grandes ciudades de Europa contaban con enormes grupos de mujeres dedicadas a la prostitución (Masters y otros, 1988), la doble moral reinaba al lado de un doble discurso que propugnaba por mantener la rigidez de la época. Esta manera de concebir la sexualidad se extendió por todo el mundo, influyendo sobre todas las sociedades.

Estos siglos se caracterizan y tienen una relevante importancia debido a que es, precisamente a finales del siglo XVIII, que se vislumbran tres grandes códigos explícitos que regían las prácticas sexuales: derecho canónico, pastoral cristiana y la ley civil. Fijaban, cada uno a su manera, la línea divisoria de lo lícito y lo ilícito. Sin embargo, todos se concentraban en las relaciones matrimoniales, esto es, el sexo de los cónyuges estaba asediado por reglas y recomendaciones, además de por una estricta vigilancia (Foucaul, 1979). Reinaba una rotunda indiferencia ante la sexualidad de los niños, además de una gran incertidumbre sobre la sodomía y otras prácticas sexuales incomprendidas por darse fuera del matrimonio.

1.4. La revolución sexual y el inicio del modernismo sexual

Según Foucaul (1979), la explosión discursiva de los siglos XVIII y XIX provocó una serie de modificaciones. Principalmente la normalización de la discreción de las prácticas y los placeres. El orden civil cobra mayor relevancia, surgen las infracciones a la legislación (o a la moral) del matrimonio y la familia, y también se asume una contradicción respecto a la regularidad de un funcionamiento natural. Identifica dos grandes sistemas de reglas, que para esta época se

evidenciaron con mayor claridad. La ley de la alianza y el orden de los deseos. Esta forma de regulación se inscribe en dos tipos distintos de registros, la de la perversión por una parte y la de la infracción legal o moral, mancuerna perfecta que hasta la actualidad ha servido para configurar las visiones generales de las sociedades modernas respecto a la sexualidad.

Durante estos siglos entran en actividad los discursos sobre el sexo (Foucault, 1979). Primero el que legitimaba la medicina, por mediación de las enfermedades de los „nervios“, luego la psiquiatría con los excesos, la insatisfacción y la etiología de las enfermedades mentales, pero principalmente, cuando se anexó como dominio propio el conjunto de las perversiones sexuales. Posteriormente, el que legitima el orden, la justicia penal, que anteriormente trataba la sexualidad como crimen y que para el siglo XIX aminoró los castigos al clasificarlas prácticas. Todo esto, bombardeo el discurso propio de la época, intensificando la consciencia de que existía peligro alrededor de las prácticas sexuales, trayendo como acto contraproducente una creciente incitación a experimentar.

Fue a finales del siglo XIX y principios del XX, que la perversión y las distintas formas de pago legal o moral, adquieren forma, al conseguir la clasificación de las prácticas sexuales, legitimada por la ciencia medica.

De entre los más importantes exponentes que colaboraron con dicha clasificación, se ubica el Dr. Sigmund Freud (1856-1939). Médico vienés, quien se atrevió a analizar la trascendencia que la sexualidad tiene para los individuos y a demostrar sus hipótesis en el trabajo en clínica. Desarrolló su teoría de la personalidad, la cual tiene como eje principal el desarrollo sexual (Masters y otros, 1988). Estaba convencido que la sexualidad era la fuerza primigenia que motivaba todos los actos humanos y la causa principal de toda la variedad de *neurosis*. Introdujo el término *libido*, como la energía de la que emanan todas las actividades de los hombres, escandalizando con esto a la sociedad burguesa de Viena, afirmando también que la mayoría de las fobias y miedos de hombres y mujeres tenían relación con las frustraciones sexuales.

Puede decirse que con las teorías sobre la sexualidad del Dr. Sigmund Freud se dio inicio a una nueva etapa histórica de la concepción sobre la sexualidad. La época moderna es un punto de lanza para la comprensión de la vida sexual que rompe con las rígidas normas victorianas. Freud, rompe con las ideas dominantes de los siglos anteriores y asume la existencia de la sexualidad en la infancia. Realizó investigaciones en niños y adultos, estableciendo que desde la más temprana infancia las y los niños son seres sexuales. Aporta además la descripción del denominado *complejo de Edipo*, que alude a la irresistible atracción que siente el niño hacia su madre, acompañada de una mezcla ambivalente de amor, odio, temor y rivalidad hacia el padre. Sostenía también la tesis de que el niño teme la pérdida del pene como atroz castigo infligido por el padre (*angustia de castración*) y que la niña se siente celosa por la carencia del pene (*envidia del pene*). Según él, estas emociones actúan básicamente en el inconsciente, un nivel de la personalidad más profundo que la realidad consciente (Masters y otros, 1988). Por todo su arduo trabajo, es llamado el padre del psicoanálisis.

Durante esta misma época, pero en Inglaterra, el médico Havellock Ellis publica su obra *Studies in the Psychology of Sex (1887-1910)*, anticipándose a muchos investigadores, entre ellos el Dr. Freud, sobre la sexualidad infantil. De acuerdo con los textos de Caruso (1993), “Ellis es al estudio teórico de la Sexualidad lo que Einstein a la Física moderna. (...)” (p. 17). En su obra señala que el deseo sexual es igual para hombres y mujeres y que la masturbación era una práctica común entre ambos sexos y en todas las edades. Sin embargo, una de sus más grandes contribuciones, es la afirmación de que numerosos trastornos sexuales tienen un origen psicológico más que orgánico. D. Lawrence (1885-1930), conocido por su novela *El amante de lady Chatterley*, por cuya autoría fue llevado a juicio, es otro protagonista. Él sostenía que la negación de la sexualidad era la causa de todos los problemas. Su novela es copia de su vida; vivía con una mujer que abandonó a su esposo y familia para seguirlo (Caruso, 1993, p. 19).

Algunas mujeres hacen su aparición para hablar sobre este tema más o menos por esta misma época. Podemos recordar a Marie Stopes (1880-1958), quien decía que el sexo debía ser disfrutado libremente y sin temores. Su interés hacía el tema se dio por los problemas sexuales de su esposo, que culminaron en la anulación de su matrimonio. A partir de entonces, establece un compromiso con las parejas ayudándolas a desprenderse de las inhibiciones y represiones rígidas de la época victoriana, publicando un manual al respecto (Anónimo, 1995). Otra exponente es Margaret Sanger, quien se adelanta a su época iniciando el movimiento de control de la natalidad en los Estados Unidos y entre 1922 y 1927 publica diversos artículos sobre la sexualidad de la mujer (Masters y otros, 1988). Geramine Greer (1939), publicó su obra *El eunuco femenino*, que se ha convertido en baluarte del movimiento feminista. En esta obra hace observaciones al matrimonio convencional y a las actitudes que existían para con las mujeres atacando los estereotipos rígidos en que se habían encasillado las mujeres, como es „el hombre activo y la mujer pasiva” (Anónimo, 1995). La antropóloga Margaret Mead (1901-1978), quien al vivir dentro de las comunidades objetos de su estudio, logra infiltrarse al grado de conocer en plenitud el comportamiento de las personas a las que analizaba y logra plasmar estas experiencias en sus libros, incluyendo el comportamiento sexual. Dentro de este análisis, ella observó que es costumbre dentro de algunas comunidades tratar a la mujer como un ser inferior (Anónimo, 1995). Su mayor aportación fueron sus estudios que comprueban que son los estereotipos construidos alrededor de la sexualidad humana lo que define los comportamientos tanto individuales como colectivos.

Esta serie de trabajos en torno a los discursos que se han ido armando, al mismo tiempo que crecen las investigaciones y las aportaciones que tienen como finalidad la clasificación y sistematización de las conductas sexuales, han logrado la generalización, la institucionalización del discurso sobre la sexualidad en todas las sociedades.

1.5. La categoría sexualidad y sus exponentes más representativos

Si bien los autores mencionados anteriormente, son consideradas figuras representativas y precursores de los estudios sobre la sexualidad, se puede decir que es con Alfred Kinsey, zoólogo de profesión, con quien se inició el estudio sistemático de la misma. Con sus estudios es que se pudo ir develando los mitos y tabúes que rodeaban a la sexualidad, ya que al no encontrar datos confiables sobre el comportamiento sexual que lo apoyaran para su curso, Kinsey (1953) y sus colaboradores, se dieron a la tarea de elaborar un programa para investigar las experiencias sexuales. Elaboró un cuestionario que le permitió recabar información, la cual aplicó primero a sus alumnos. Detectó que la técnica de entrevista sería la más útil para sus propósitos de investigación y con su equipo entrevistaron a más de 12,000 personas para posteriormente plasmar los resultados en su obra *Sexual Behavior the Human Male* en 1948. A partir de estos datos descubre que lo que se entiende por “normal” de la conducta sexual, va mucho más allá de lo que se podría pensar y que son un cúmulo de elementos a considerar los que definirán una conducta sexual adecuada o no. Los resultados de su trabajo conmocionaron su época y marcaron una nueva manera de investigar la sexualidad. Poco más tarde publicó su informe sobre *Sexual Behavior the Human Female* que escribió en colaboración con Paul Gebhard. Entre los hallazgos de estos informes se pueden mencionar los siguientes:

“1.- Más de la mitad de los hombres han tenido relaciones extramaritales a los 40 años y poco más de la cuarta parte de las mujeres. 2.- Las prácticas homosexuales con orgasmo desde la adolescencia hasta la vejez estuvieron presentes en el 37% de los hombres y en el 28% de las mujeres. 3.- Cerca del 20% de los hombres casados entre los 30 y 35 años tenían relaciones extramatrimoniales con trabajadoras sexuales y esta cifra aumentaba conforma aumentaba la edad. 4.- Más del 60% de las mujeres habían referido realizar prácticas masturbatorias” (Kinsey, 1948, p. 118).

Los hallazgos de Kinsey y sus colaboradores, además de innovar en la incorporación del estudio de la sexualidad femenina a la par de la masculina, demuestran que hay grandes diferencias respecto al comportamiento de cada uno. Por un lado, los hombres practican con mayor frecuencia una sexualidad abierta con su pareja o con una pareja alternativa, la búsqueda del placer sexual u orgasmo es propia de hombres, aunque los niveles de consecución de ésta también son bajos; la practica sexual con prostitución queda como propio de la sexualidad masculina. Los resultados de estas investigaciones aportan a ésta investigación datos que demuestran la importancia de la conformación de estereotipos conductuales culturales propios para cada sexo.

Es de particular relevancia mencionar la importancia que adquirió el equipo formado por William Masters y Virginia Johnson, quienes partieron del hecho de que para conocer la sexualidad, el individuo necesita primero aprender anatomía y fisiología sexual y manejar datos psicológicos y sociológicos. Así, iniciaron sus estudios controlados de laboratorio acerca de la respuesta sexual

en individuos con y sin problemas sexuales, en observación directa. Para 1965 habían estudiado más de 10.000 secuencias sexuales protagonizadas por 382 mujeres y 312 varones. Concluyendo con la publicación de su libro *Human Sexual Response*, siendo el primer libro de una serie que publicaron en 1966. De estos resultados emana la ya famosa curva de la *respuesta sexual*, de donde se concluye que tanto hombres como mujeres tienen la misma capacidad de respuesta sexual y que el deseo sexual no desaparece con la menstruación, embarazo o menopausia. En contraposición a Freud anotaron que existe un sólo tipo de orgasmo y sobresaltaron los efectos benéficos de la masturbación tanto femenina como masculina (Masters y otros, 1988). Así mismo, para 1970 Masters y Johnson publicaron su segundo tema *Human Sexual Inadequacy*, libro que mostró una nueva forma de tratamiento para problemas sexuales que anteriormente requerían terapias prolongadas y con poco éxito, esta se conoció como terapia sexual que acabó generalizándose primero por Estados Unidos y después por todo el mundo.

Mientras tanto, entre 1960 y 1970, Shere Hite publicó dos de sus obras sobre la sexualidad femenina y masculina. Durante su investigación entrevistó a hombres y mujeres acerca de sus experiencias sexuales sobre la masturbación, los juegos sexuales y otros aspectos de la sexualidad, que culminaron con los *Informes Hite sobre Sexualidad Masculina y Femenina*, que a diferencia de las investigaciones que la antecedieron, iba dirigida hacia los sentimientos. En referencia a las mujeres, concluía que el problema era que la sexualidad femenina se veía en función de la respuesta a la sexualidad masculina y al coito y no como propio e individual (Vera-Gamboa, 1998, pp. 116-121).

Uno de los máximos exponentes de los estudios sobre la sexualidad es, sin lugar a dudas, Michel Foucault (1979). Para él, “cuando se habla de la historia de la sexualidad, se hace sobre la historia retenida, muda e hipócrita de los siglos anteriores, donde las formas de sexualidad no sometidas a la economía estricta de la reproducción, la negación a las actividades infecundas, la proscripción de los placeres vecinos y la reducción y exclusión de las prácticas que no tenían como fin único la perpetuidad de la especie, se ubicaban fuera de la realidad de las formas de la sexualidad” (Barchino, 2007, p. 108). Para el mismo Foucault, la atención en torno a la sexualidad está dirigida a una preocupación elemental: asegurar la población, reproducir la fuerza de trabajo, mantener la forma de las relaciones sociales, en síntesis: “montar una sexualidad económicamente útil y políticamente conservadora” (Foucault, 1979). En su texto *Historia de la sexualidad*, Foucault introduce la propuesta de exhibir el funcionamiento ideológico del sexo como un secreto. Concibe al sexo como bisagra que articula las relaciones sociales de poder, aplicando una ley de prohibición y una lógica de la censura, se mantiene como práctica la negación en los discursos, de lo que está prohibido, anulándolo de la realidad, multiplicando las condenas, ya sean judiciales o morales, de cualquier tipo de irregularidad sexual convirtiéndola en enfermedad mental o perversión. Como lo menciona a continuación:

“Se definió una norma de desarrollo de la sexualidad desde la infancia hasta la vejez y se caracterizó con cuidado todos los

posibles desvíos; se organizaron controles pedagógicos y curas medicas, los moralistas pero también (y sobre todo) los médicos, reunieron alrededor de las menores fantasías todo el enfático lenguaje de la abominación” (Foucault, 1979)

Lo que demuestran estos autores, es que la configuración de normas, reglas y la caracterización de las conductas sexuales, tanto masculinas como femeninas, se han construido durante un largo periodo histórico, sin embargo, es la construcción de un aparato ideológico generalizable, lo que ha menguado la posibilidad de contar con una sexualidad libre, abierta para ambos sexos. La regulación dentro de las sociedades, tanto europeas como hispanoamericanas, dentro de espectros jurídicos, morales o médicos, limitan las prácticas sexuales obligándolas a mantenerse ocultas, en secreto.

1.6. La sexualidad en México

En México, los modelos y patrones de conducta sexual actuales se originan de la mezcla entre las culturas de los pueblos indígenas originarios de ésta región con la cultura del pueblo conquistador. Sin embargo, los pueblos originales mantenían sus propias prácticas y sus formas de regulación y control. Para conocer el pasado de estos pueblos, se cuenta con los códigos o relatos coloniales de los cronistas españoles que, no obstante, añaden a la historia los valores de su propia cultura.

Cuando se habla de los pueblos que conformaban el continente americano, llamados Mesoamericanos, se debe dejar claro el hecho de que cada uno de ellos tenía su propia cultura, sus costumbres y por lo tanto, su propia manera de ver y de valorar la sexualidad. Por ejemplo, Martínez (1982), en su libro *Delitos sexuales*, menciona que existían algunos pueblos precolombinos que acostumbraban practicar la homosexualidad, como los Totonacas. Otros como los Aztecas, la consideraban grave delito y sancionaban a aquellos que la practicaban. Si los practicantes de la homosexualidad eran hombres, el castigo consistía en empalar al sujeto activo y al pasivo le extraían las entrañas por el orificio anal. Si se trataba de mujeres, la muerte era por garrote (Ledesma, 2000, p. 40). También se castigaba con la muerte a quien, hombre o mujer, se pusiera las ropas del otro sexo. La sexualidad era considerado un don otorgado por los dioses y por eso se le daba estricta vigilancia para su práctica que debía ser de manera moderada.

Las costumbres y la educación de un mismo pueblo, variaban según la clase social, el sexo y la edad, sin embargo, en casi todos los lugares se tenía un gran respeto por las mujeres. Los conquistadores españoles se sorprendieron al observar cómo, entre los Nahoas, a las mujeres que anduvieran solas por cualquier sitio y a cualquier hora, nadie las importunaba. Las mujeres permanecían generalmente en la casa a cargo de las labores domésticas, trabajo que aprendían desde muy temprana edad. Más tarde se les preparaba para el matrimonio. La mujer Azteca a los doce años de edad, ingresaba a una escuela donde se le preparaba para convertirse en una buena esposa cuando contrajera matrimonio. Esta educación era tan estricta que se le indicaba hasta la forma de vestir, de hablar, de escuchar, de reír, de mirar, de caminar, etc.

(Martínez, 1982, p. 89). En ésta cultura se consideraba a la mujer, como la portadora de la fertilidad y por esa razón era altamente respetada.

La vida sexual que practicaban los habitantes del pueblo Azteca, estaba sujeta a un conjunto de reglamentaciones morales cuya característica principal era la moderación. La educación de la sexualidad se basaba en un conjunto de preceptos de carácter moral que contribuían a mantener el orden establecido por la sociedad (Díaz, 1993, p. 14). Para los Aztecas, la educación de un ciudadano no se reducía solo al ámbito familiar. El Estado impartía una educación formal a través de dos tipos de escuelas: el Tepochcalli (11) y el Calmécac (12).

Sin embargo la educación informal, jugó un papel igualmente importante. Esto se muestra a través de los discursos que se daban a los jóvenes como parte de su formación y que fueron recopilados por Fray Bernardino de Sahagún. Estas consejas se impartían por separado, tanto a hijos como a hijas. Fueron transcritas por Garibay en 1979, en un documento donde se destaca, entre las recomendaciones a las hijas, la gran importancia que se otorgaba a los papeles sexuales, estableciendo los oficios y las obligaciones que específicamente correspondían a las mujeres (Ledesma, 2000). En cuanto a la sexualidad de las jóvenes, les decían:

“La tierra no es sitio de dicha; no hay en ella alegría, no hay felicidad. Es lugar de alegría con pena y de dicha con dolor. Para que no siempre estuviéramos tristes, nos dio el Señor: la risa, el sueño, el sustento, nuestra fuerza y nuestro brío y aquel dulce placer de la carne con que se propagan los hombres” (Ledesma, 2000, p. 41).

Estos documentos, parte de la enseñanza informal a los miembros de estas culturas antiguas y originarias, muestran la cosmovisión con la que estos pueblos asumían la educación respecto al placer sexual y a los papeles o roles de cada género, como parte de su cultura. Es evidente que se contaba también, con un gran interés por mantener la reproducción como fin de la sexualidad, aunque aunado al placer de la carne.

En cuanto a la educación de la sexualidad que se le daba al hijo varón, Sahagún recogió de los códices lo siguiente:

“Y ahora hijo, oye en qué forma tienes que vivir: no desees polvo y basura (...) no complazcas en la mancha lo que ensucia y perjudica, lo que acarrea mortífera influencia (...) cierto es, y debe saberlo, para que el mundo pero si es necesario la unión de la mujer y el varón. Es lo que dejó instituido el dueño del universo. Tú vas a descubrirlo (...) pero no por eso te arrojes, como perro, al alimento que con toda prisa traga. No te dejes arrastrar de la carnal deleitación (...) tienes que cobrar mayores bríos masculinos. Tienes que robustecer tu fuerza varonil y tienes que llegar al desarrollo pleno total (...)” (Ledesma, 2000, p. 41)

Como se puede observar, dentro de estas enseñanzas no se percibe al placer sexual como algo negativo o dañino, como se ha demostrado en otras culturas, sin embargo, nos deja ver que la sexualidad debe darse como un medio que otorgara, tanto al hombre como a la mujer, mayor aceptación dentro de su sociedad, en los hombres mayor varonía, en las mujeres, prestigio y al matrimonio una gran fuerza, además de mantener como fin la reproducción. Es clara la diferenciación por sexos.

No es sorpresa saber que, para las culturas originarias, el proceso de conquista por parte de los españoles, que inicio en 1492 (13), culminó con un quebrantamiento social y cultural que modificó la cosmovisión y la idiosincrasia de la población en su conjunto, generando un nuevo proceso de sincretismo instaurado a la fuerza y que se mantiene hasta nuestros días. La confrontación de ambas culturas, la manera en que se fue dando la relación social desde el inicio, el abuso del que fueron objeto los habitantes y el sin fin de vejaciones, maltratos e injusticias sobre los pueblos originarios, por parte de los españoles, marcó la manera en que se iría transformando ésta cultura. Las influencias de la Edad Media europea y la de los siglos posteriores, con sus cambios constantes respecto a las formas en que se controlaba y regulaban las prácticas sexuales, e incluso, la forma en que el discurso sobre la sexualidad instaurado en los mecanismos represivos, tanto médicos como jurídicos, eran aplicables para América, sobre los pueblos originarios.

Entonces cobro relevancia la implementación de estrategias que permitieran la trasmisión del conocimiento traído de España y del resto de Europa. A través de los evangelizadores, que eran misiones religiosos, se impartían las ideas y los discursos que se colocarían como ley a cumplir para los habitantes originarios, quienes no tenían más que acatar y replicar. Aquí, se impuso el cristianismo como norma única de creencias y comportamientos. El Tomismo era el discurso teológico dominante. La estructura social indígena se transformaba, sus usos y costumbres, en general, la manera en que veían la vida sería distinta.

Además de la evangelización en las comunidades, las universidades novohispanas, mencionadas por Foucault como herramientas que apoyan en la institucionalización del discurso, asumían que “su característica principal era la represión y el establecimiento de valores morales que tendían, cada vez más, a reducirla casi exclusivamente al plano de la reproducción. Esta ideología dominante como es fácil de observar no daba lugar al placer sexual, el cual era considerado pecaminoso” (Ledesma, 2000, p. 40).

La enseñanza universitaria que se impartía se daba desde la teología, se inicio en escuelas españolas y posteriormente en México donde se formaban clérigos novohispanos. Los contenidos educativos incluían la sexualidad. Ésta educación se fundamentaba en el control del cuerpo y en preceptos sexuales que limitaban y controlaban a tal extremo la expresión de la sexualidad, que la flagelación y la muerte a manos de la Santa Inquisición era algo muy común; el pecado del placer sexual era altamente castigado. Incluso, las técnicas que la Santa Inquisición implementaba hacia los pueblos originarios, eran más drásticas en estas tierras que en la España misma.

Después de un proceso de siglos los pueblos originarios de México, aparentemente homogéneo, se deconstruye para posteriormente reconstruirse tanto cultural, como socialmente. Busca maneras de adaptarse a las nuevas estructuras, en un sincretismo que mezcla el pasado y el presente, como una suerte de sobrevivencia casi natural. El México del siglo XV evolucionó, el actual se transformaba.

1.7. El Siglo XX mexicano y la educación sexual

Si bien es claro que hubo procesos sociales en México que transformaron o al menos modificaron a la sociedad casi en su conjunto, como el proceso de Independencia de 1810 o las Leyes de Reforma de 1859, resulta importante para esta investigación concentrar la atención en el último periodo de transformación social que ha vivido éste país, ya que es durante el correr del siglo XX que se muestra una ruptura con estructuras del pasado heredadas de la colonia.

Los primeros años de 1900 venían cargados de una gran cantidad de ímpetu transformador que culminó con la Revolución de 1910. Durante este periodo de lucha las estructuras creadas para la regulación, control y represión de la vida sexual de las personas sufrían un gran cambio. Hubo separación de familias, un desplazamiento de hombres y mujeres hacia diferentes lugares que los mantenían en migración constante, y lo más trascendental, generó cambios en los roles asignados a cada sexo; las mujeres se vieron obligadas a dejar su hogar y a sus hijos, para ocupar los espacios que los hombres dejaron para ir al campo de batalla, muchas mujeres seguían a sus hombres convirtiéndose en adelitas (14), otras ocupaban los espacios de trabajo en el campo o la ciudad.

Los cambios que trajeron los procesos de lucha social, para México, se pueden ver en lo que concierne a la educación. El camino a ella se vio beneficiado para las mujeres quienes podían acceder a estos espacios al igual que los hombres. Los estereotipos conductuales sufrían una nueva modificación, y la educación era el parte aguas para conseguirlo. La liberación femenina que acompañó las primeras décadas y el cambio en la visión de la educación, evolucionaron en forma interrelacionada (Martínez, 1982, p. 92). Un nuevo discurso sobre la sexualidad se construía, las ideas liberales que plagaron el pensamiento revolucionario habían colocado una semilla, las posteriores décadas estarían cargadas de algunos cambios, al menos en lo general.

Prueba de esto es el primer Congreso Feminista de la República Mexicana, celebrado en Mérida Yucatán, en enero de 1916, que muestra la creciente preocupación y el interés de las mujeres por el conocimiento de su sexualidad.

En 1918 es elegido Felipe Carrillo Puerto como gobernador de Yucatán con el apoyo del partido Socialista del Sureste. Sus ideas liberales con respecto a la sexualidad se ven reflejadas cuando, en 1922, crea la propuesta de una nueva ley de divorcio, no obstante, su momento más radical se ve con la publicación del folleto de la gran pionera de la planificación familiar, Margaret Sanger: *La regulación de la Natalidad o la brújula del hogar*. En éste folleto se exponen de forma sistemática los métodos anticonceptivos disponibles en la época: el

irrigador y el supositorio vaginal, el condón, el pesario y la esponja (Ledesma, 2000).

Mientras tanto, en la ciudad de México, para 1930, se llevó a cabo el VII Congreso Médico Latinoamericano, que recomienda a los países de América Latina impartir información e instrucción sexual adecuada para los niños y los jóvenes como una medida eugenésica (González, 1992, p. 8). Cabe mencionar que en ese mismo año a nivel bachillerato, se habían creado programas de enseñanza para jóvenes de la Escuela Nacional Preparatoria sobre la *Higiene de la Adolescencia y la Juventud* asesorados por el maestro Dr. Santiago Ramírez e impartidos por los Dres. Raúl González y José Gómez Robleda, entre otros. También, en 1932, tres grupos civiles plantearon la necesidad de formar el Programa de Educación Sexual para niños y jóvenes. Estos eran la Sociedad Mexicana de Eugenesia; el bloque Revolucionario de Mujeres y el Primer Congreso Nacional de Enfermeras y Parteras. Este planteamiento enciende la polémica entre los que estaban y los que no estaban a favor de esta iniciativa, fundamentalmente entre los grupos católicos. La propuesta se da a conocer públicamente hasta 1933.

En ese mismo año, el Lic. Narciso Bassols, Secretario de Educación designado por el entonces Presidente Lázaro Cárdenas, propone que se imparta la educación sexual en las escuelas primarias y secundarias de todo el país, siendo uno de los momentos más importantes dentro en la búsqueda de transformación discursiva sobre la sexualidad. Obviamente no podía ser de otra manera, debía ser haciendo uso de una de las instituciones antaño utilizadas con el fin de normalizar el secreto, ahora a través de ella, se abriría. Sin embargo esta necesidad no pudo ser cubierta, aun en contra de la voluntad del visionario Cárdenas. La oposición a casi todas las propuestas referentes a la sexualidad por parte de grupos conservadores fue tan fuerte que generó un vacío en materia de Educación y de apertura a los temas de la sexualidad que duró casi 40 años. No obstante, estas décadas se recuerdan como el momento en que se concebía a la educación sexual como una necesidad social frente a los graves problemas de salud que afrontaba el país, como una respuesta a la ignorancia de la mayoría de la población, especialmente de la juventud, sobre aspectos de la sexualidad (González, 1992, p. 8).

En la década de los setenta, se pueden ubicar tres coyunturas principales que favorecieron la posterior oficialización de la educación sexual por primera vez en México, después del intento de Lázaro Cárdenas. La primera, es la creación del Consejo Nacional de Población (CONAPO); la segunda, con la reformulación de los planes y programas de estudio de las escuelas públicas, y particularmente de los libros de texto, haciendo parte del proyecto gubernamental del Estado mexicano que tenía como finalidad la transformación del país en un Estado moderno; y la tercera, la celebración en México de la Conferencia Internacional de la Mujer, en 1975, que hizo parte de los encuentros de la Organización de Naciones Unidas (ONU).

Lo dicho anteriormente, es resultado de la participación de México en espacios internacionales donde el Estado visualizó, por primera vez, las dificultades que, como sociedad y como parte de una civilización, se presentaban en el

horizonte, como el crecimiento desmedido de la población por falta de políticas públicas para contenerla, así como para beneficiar a sectores como el de las mujeres. Por ejemplo: en 1974, y en el sentido de buscar estrategias que detengan el inminente crecimiento, se lleva a cabo en Bucarest la Primera Conferencia Mundial de Población, que pone en evidencia la crisis poblacional que vive la humanidad y que es mucho más grave en los países llamados del “tercer mundo”; también, el impacto de la permanencia de los altos patrones de fecundidad, el descenso de la mortalidad y la elevación de la esperanza de vida. Es entonces, que México toma la delantera, estableciendo casi inmediatamente después, una política de población con metas precisas a corto, mediano y largo plazo con la CONAPO (Ledesma, 2000, p. 60). También en 1975, otro año significativo para el tema de la sexualidad, México se muestra como un escenario importante, llevándose a cabo la conferencia Internacional de la Mujer, convocada por la ONU, dando pie para que los grupos de mujeres que venían organizándose desde décadas atrás lograran implantar reformas trascendentales en materia legislativa, buscando la equidad en la condición jurídica de las mujeres en el ámbito del derecho familiar, civil y laboral.

En otro orden de ideas, pero en el mismo sentido, durante esta década se deja ver con mayor vigor la capacidad organizativa de la sociedad civil, que con un gran esfuerzo genera organismos no gubernamentales de servicio en el área de educación sexual. Tal es el caso de la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES), creada en 1972. En 1978 se crea MEXFAM, organización no gubernamental existente hasta la actualidad, que produce materiales didácticos auxiliares en la educación de la sexualidad; imparte cursos, talleres y conferencias. También, y como resultado de la articulación de estos nuevos organismos comprometidos con el trabajo activo y la educación en materia de sexualidad, se lleva a cabo en 1979 el Congreso Mundial de Sexología en México, dando un nuevo impulso a las prácticas educativas, terapéuticas y de investigación de éste novedoso enfoque disciplinario.

Darse cuenta que faltaban políticas públicas, que fortalecieran el aparato educativo en su conjunto, así como en materia de prevención de la salud, no fue suficiente para generar cambios reales en la población. La apertura internacional, al visualización de las problemáticas generadas por siglos la falta de visión clara de las necesidades reales de la población en materia de prevención, no eran suficientes. La atención ahora se concentrara en el siguiente periodo, en la década posterior.

Durante los años ochenta, surgen una serie de condiciones que propician una nueva voluntad política referente a la educación sexual, necesaria para la vida humana, en particular para las juventudes de la época. Tienen que ver con el descubrimiento de una serie de padecimientos que aquejaban a la raza humana, y que la podrían llevar al exterminio, y que se vinculaban directamente con la sexualidad. Estas son, las Infecciones de Transmisión Sexual, dentro de las que se ubica el VIH-SIDA, como el más mortal de los padecimientos detectados. Las presiones económicas y sociales propias de ese momento histórico y de la coyuntura, obligaban a un cambio de conducta y actitudinal radical a nivel mundial.

La aparición de los primeros casos del SIDA en México, reconocidos hacia 1986, rompen las resistencias que antaño habían encontrado los distintos grupos de la sociedad civil organizada. Se funda el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) planteando como estrategia preventiva fundamental la educación sexual y los servicios de consejería (Rodríguez, 1992, p. 10).

Con esta nueva problemática se hace presente, por primera vez en México, el movimiento homosexual conocido como, movimiento gay, creando diversas organizaciones no gubernamentales que demandan la reivindicación del derecho humano a la expresión de las llamadas “minorías sexuales”, un mejor trato a los enfermos y personas que viven con VIH, así como una propuesta de educación sexual innovadora, necesaria para la nueva condición de los habitantes de éste país.

En 1991 se introduce la novedosa perspectiva de género (15) en las organizaciones de educación sexual y de planificación familiar. Las organizaciones AMES, MEXFAM y el Instituto Mexicano de Estudios Sociales (IMES) se dan a la tarea de dar capacitación en este tema, a nivel nacional, con la idea de introducir ésta perspectiva en los programas educativos y de salud, con la finalidad de que los programas llegaran tanto a mujeres como a hombres por igual y de romper estereotipos heredados del pasado.

Es hasta 1998 que se deja ver el resultado de la lucha de la sociedad civil organizada, o de los organismos no gubernamentales, en materia de educación sexual. Ese año se introduce la materia de educación sexual en los programas educativos en 4° año de primaria, dónde, entre otras cosas, hay dos ilustraciones sobre los aparatos urinarios masculino y femenino, siendo este el primer momento en que los educandos tienen acceso a información sobre los cuerpos humanos, su función y forma. Éste momento marca el punto de partida para continuar el cambio de visión y de la manera en que se imparte la educación en México, en la búsqueda de un cambio significativo en actitudes referentes a la sexualidad.

Notas

1. Como puede ser a través de la culpa.
2. Es importante aclarar que una esposa no podía ser concubina, su papel era prioritario para la reproducción.
3. Actitud que pone de manifiesto “la suprema significación religiosa” de la familia judía
4. Sin embargo la homosexualidad femenina no se menciona en la Biblia.
5. Relaciones sexuales entre familiares, por ejemplo: hermanos, hermana y primo, hija y padre.
6. Éste tuvo una vida con muchos amoríos, previos a su renuncia a los placeres terrenales.
7. Es donde el varón tiene el control sobre la familia y la mujer tiene como único papel la reproducción.
8. Periodo que abarca desde la caída del imperio romano de occidente en el año 476, hasta la caída del imperio romano de oriente en 1453. Este periodo se caracteriza por una atomización del poder político y por la aceptación del cristianismo como religión oficial de Estado, dando fin a un periodo largo de secularidad propio de los griegos y los romanos.

- Terán Enriquez, A. (15 de Agosto, 2010). Conferencia sobre el “Contexto histórico de los Derechos Humanos. UACM, México, DF.
9. “El cinturón de la época medieval consistía en lo general en un armazón de metal que pasaba por entre las piernas de la dama, de delante hacía atrás. Iba provisto de dos pequeñas aberturas rígidas que facilitaban la evacuación de los residuos corporales, pero que impedían eficazmente penetrar a la mujer. Una vez encajado el cinturón sobre las caderas, el celoso consorte podía, si era su deseo, quedarse con la llave y llevársela consigo en sus correrías...” Tannahill (1980)
 10. La interpretación tomista ha tenido una influencia de larga data. Santo Tomás plantea la cuestión del delito en términos de pecado y su opuesto, la virtud. Sobre el tema ver: La Ley. Labor. Barcelona, 1936.
 11. Escuela para los guerreros.
 12. Escuela donde predominaba la clase noble y eran preparados para las altas actividades estatales. Díaz (1993)
 13. Se debe recordar que la cultura Azteca fue conquistada por los españoles en 1521, en el momento de su mayor florecimiento.
 14. Nombre con el que se conoce a las mujeres armadas que lucharon junto con los hombres durante la Revolución mexicana.
 15. Ésta perspectiva será tratada y aclarada en los siguientes capítulos

Capítulo II

2. ADOLESCENCIA Y EDUCACIÓN

2.1. *Adolescencia*

Se ha visto que las prácticas y los placeres normalizados, encaminados a la discreción o a la negación a través del secreto, como lo sostiene Foucault, conllevan irremediablemente a una suerte de contradicciones respecto al funcionamiento de la sexualidad. Si bien las sociedades actuales han dejado atrás los contenidos discursivos de la época victoriana, es evidente que la apertura al uso de nuevas categorías, empleadas en los siglos XIX y XX, tienen los mismos objetivos: la regulación sobre las „perversiones“ y sobre la legislación y la moral de las personas.

Después de haber analizado el contexto histórico sobre el que se configura la realidad de las formas de la sexualidad, y de definir que la estrategia general será la de la creación de una era discursiva, aparentemente abierta, pero en general restrictiva e inquisitiva, queda más clara la intención de analizar, sobre grupos concretos, las implicaciones del proceso discursivo puesto sobre el cuerpo, en materia de conductas y actitudes.

Se ha elegido a uno de los sectores de la sociedad que en la actualidad, han visto y padecido los grandes cambios en materia de salud, educación y legislación sobre el tema de la sexualidad. Las y los jóvenes serán el sector de la población que se estudiara para esta investigación. Esto porque, como se vio anteriormente, las políticas que el Estado ha implementado sobre la sexualidad, las ha llevado a cabo en sectores de infantes y adolescentes. Por tanto, se definió que, al ser el segundo sector, el que vive el proceso de incursión sobre los cambios biológicos sexuales más evidentes y que es cuando, en la mayoría de los casos, se da inicio a la vida sexual, es el sector idóneo para ésta investigación.

Primero que nada, es importante estudiar el significado etimológico de la palabra adolescencia, esta proviene del Latín ad: a, hacia, y olescere, de olere: crecer. Significa la condición y el proceso de crecimiento. Es un periodo que se inicia con notables cambios biológicos y cuya duración es variable dependiendo de la raza, el sexo, el clima y la cultura (Aguirre, 1998, p. 70). La adolescencia se define como la etapa del desarrollo humano que tiene un comienzo y una duración variable, la cual marca el final de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta.

Para Velasco (2002), se habla de adolescencia cuando se observan los primeros cambios hacia la pubertad, aproximadamente entre los 9 y los 13 años. Existen diversos factores que influyen en su aparición, alimentación, herencia, influencias hormonales, raza, situación geográfica, por lo que su inicio varía de una persona a otra. Y finaliza cuando el individuo alcanza la madurez emocional y social para asumir el papel de adulto según se defina en su cultura (p. 83).

La adolescencia es una etapa compleja en la vida de los seres humanos, por la que cada individuo pasa en algún momento de su desarrollo. Es un momento en el que se aprenderá el papel personal y social que se ajustará, con más probabilidad, al concepto de sí mismo, también habrá una búsqueda de estatus, tanto en el grupo de origen como en la sociedad. Es una época en la que se cuestiona la sexualidad personal y en la que se van marcando lineamientos u orientando hacia lo que lo definirá como heterosexual, homosexual, bisexual, etc., (y distintas expresiones de la sexualidad), además del cuestionamiento a la reproducción.

Durante este periodo de crecimiento, el desarrollo físico se incrementa notablemente surgiendo una nueva imagen corporal fundamental para la edad adulta. La expansión, el desarrollo intelectual y el cognitivo se incrementan con más fuerza en esta etapa, contribuyendo a la adquisición de experiencias y conocimiento en muchas áreas de su vida. Además de la adquisición de un cúmulo de valores que los acompañará durante su crecimiento, es en síntesis, una etapa de conflicto entre el idealismo y la realidad.

Esta etapa ésta marcada por cambios interdependientes, o sea, el desarrollo se produce tanto en la esfera biológica (desarrollo y crecimiento fisiológicos), como en la psicológica (cognición, afecto y personalidad) y en la social (relación del individuo con otros). Para entender con claridad los cambios que se generan durante esta etapa de desarrollo, se describirá a continuación lo que sucede desde cada uno de los tres puntos señalados.

Desarrollo Biológico

Los cambios físicos más notorios se producen a lo largo de los años adolescentes, sin embargo la mayoría adviene al final de la infancia y al principio de la adolescencia. Esto se conoce como la „fase de la pubertad“. La palabra „pubertad“ proviene del latín *pubertas*, que significa „aptitud para la reproducción“. Se refiere al momento en que los órganos reproductores maduran y comienzan a funcionar. Pubescencia deriva del latín *pubescere* que significa „cubrirse de vello“ (Zacalco, 1998). La expresión „fase“ sugiere que la transición desde la infancia a la adultez es relativamente rápida (Olivares, 2003, p. 21).

Para McCary (1983), “la pubertad es la etapa de la vida en la cual las características sexuales secundarias (aquellos rasgos sexuales que definen los sexos como opuestos) comienzan su desarrollo, y la reproducción se vuelve posible. Está directamente precedida por un periodo de rápida maduración que se conoce como pubescencia. Los cambios que se presentan en éste periodo son producidos por las hormonas gonadales, andrógenos y estrógenos” (p. 17).

Según Hurlock (1987), la pubertad se divide en tres etapas:

1. Prepubescente: Etapa inmadura en la cual suceden cambios corporales y comienzan a desarrollarse las características sexuales secundarias. Se presentan como rasgos físicos que distinguirán a los dos sexos, sin que se haya desarrollado la función reproductiva.

2. Pubescente: Etapa de maduración en la cual se producen las células sexuales en los órganos de reproducción, pero en la que aún no se han completado los cambios corporales.
3. Pospubescente: Etapa madura en la cual los órganos sexuales funcionan a la perfección; el cuerpo ha alcanzado la altura y las proporciones debidas y las características sexuales secundarias están bien desarrolladas (p. 89).

A la par de los cambios en los órganos reproductivos, se generan también en el resto del cuerpo otro tipo de alteraciones, por ejemplo, en los intereses, las actitudes y la conducta de cada adolescente. Es importante mencionar que los cambios físicos continúan después de haberse alcanzado la madurez sexual, pero en forma cada vez más lenta, y los cambios psicológicos y de conducta se hacen cada vez más pronunciados.

Los cambios que ocurren en niñas y niños (aumento de tamaño, fuerza y vigor), en su mayoría, son propios y distintos en cada sexo. Las hormonas desencadenan estos cambios. Éstas a su vez, son productos químicos de las glándulas endócrinas diferenciadas por sexo que completarán los cambios propios de mujeres y varones, alternando también, y de manera contrastante, sus emociones. La secreción de las glándulas endócrinas está estrechamente relacionada con un equilibrio muy delicado y complejo, cuya conservación es indispensable para el crecimiento y el funcionamiento normal. La hipófisis se encarga de la producción de diferentes hormonas, entre las más importantes se cuentan la hormona del crecimiento, somatotropina, y algunas hormonas secundarias, que tienen por función la estimulación y regulación del funcionamiento de otras glándulas, como los testículos y ovarios, que son las glándulas sexuales (Olivares, 2003, p. 24). Éstas últimas cumplen dos funciones: producir gametos (espermatozoides u óvulos) y segregar las hormonas sexuales indispensables para el desarrollo de los órganos reproductores. Todas estas secreciones tienen un impacto emocional y fisiológico en cada adolescente (Aguilar, 1998, p. 24).

Las hormonas se encuentran presentes desde el estado fetal, pero se incrementa durante la pubertad. Según Tanner (1993): “las hormonas masculinas y las femeninas se hallan en miembros de ambos sexos, pero los hombres tienen más de las llamadas andrógenos, donde la más importante es la testosterona, y las mujeres tienen más estrógenos y progesterona” (p. 26). Cada hormona influye de manera específica en ciertos receptores. Así, los estrógenos son los causantes del crecimiento del útero, el pecho y el ensanchamiento de la cadera; la testosterona es la que provoca el crecimiento del pene, el ensanchamiento de los hombros y de que crezca vello en el área genital y en la cara.

Es importante distinguir un suceso relevante, que se lleva a cabo durante este periodo. Tiene que ver con la diferenciación en la tasa de desarrollo entre los distintos sexos. No obstante, también sucede que existen diferencias en el desarrollo entre los miembros del mismo sexo. Por ejemplo, las mujeres pasan por profundos cambios biológicos dos años antes que los varones. Es común ver a chicas de 10 u 11 años más altas que los chicos de su misma edad. En

cuanto a los varones, algunos que maduran tardíamente quizá no muestren ningún cambio, en tanto otros que tienen la misma edad cronológica, habrán terminado toda la etapa de desarrollo. Sin embargo, una vez iniciada la secuencia de la maduración, irá progresando en un orden bastante fijo, no habrá paradas en el proceso de desarrollo.

Otro punto importante en el cambio biológico, es el desarrollo del sistema reproductor. Cambios propios de la pubertad, llamados también caracteres sexuales secundarios. En el varón, la primera indicación de la pubertad es el crecimiento acelerado de los testículos y el escroto. Aproximadamente un año después se deja ver un aumento en la talla y en el pene, con un desarrollo relacionado entre las vesículas seminales y la próstata. Mientras tanto, durante el crecimiento de los testículos y el pene, empieza a aparecer el vello púbico (dando una apariencia de rombo), el vello axilar y el vello en el pecho, alcanzando su crecimiento pleno hasta el final del desarrollo genital. Otro cambio típico de este periodo es la creciente actividad de las glándulas sebáceas (productoras de grasa) y sudoríparas, los cuales dan origen a nuevos olores corporales y a problemas cutáneos como el acné; también cambian de voz haciéndose más gruesa que en la infancia (Craig, 1988, p. 16). Uno de los cambios más importantes en el desarrollo de los varones, es la presencia de la eyaculación. Ésta es el banderazo de inicio de su vida sexual activa, teniendo ya la capacidad biológica de fecundar un óvulo fértil.

En el caso de las mujeres, la parte más notoria de su desarrollo se deja ver en el crecimiento de los senos, sin embargo, esto no es siempre la primera señal de que ha iniciado la pubertad. Durante éste periodo se observa el crecimiento del útero y la vagina, así como un aumento en las dimensiones del clítoris y los labios genitales. La menarca o menarquia (primera menstruación), posiblemente sea la señal más importante del cambio que están viviendo las mujeres en esta etapa del desarrollo, punteando el momento inicial, al igual que los varones con la eyaculación, para la reproducción. De igual modo que en los varones, se observa el crecimiento y distribución del vello púbico (en forma de triangulo invertido), comienza a redistribuirse la grasa en todo el cuerpo provocando un redondeamiento de la figura, por ejemplo, se ensancha la pelvis, crece el vello en las axilas y aumenta la secreción de las glándulas sebáceas (Craig, 1988, p. 16).

En ambos casos el comportamiento en la pubertad y la adolescencia se ve influenciada por factores socio-económicos, educativos y culturales. Como se vio en el capítulo I, la sexualidad de cada individuo se rige principalmente por su cultura, la manera en que se aceptan los procesos de desarrollo son influenciados directamente por ésta misma y las actitudes originadas de esta influencia acompañaran a todos y todas durante estos procesos.

Las y los adolescentes pasan por un periodo de aceptación de su nueva condición, tanto biológica como física, iniciando entonces una preocupación creciente por su apariencia, mostrando el deseo de un cuerpo más atractivo, más adulto, que cuente con más herramientas que faciliten las relaciones con sus pares. Se pueden ubicar diferencias estructurales sobre el comportamiento y las actitudes de las y los jóvenes en este periodo, éstas se verán más

adelante. No obstante es necesario mencionar que al finalizar la fase de adolescencia, los varones y las mujeres habrán aceptado su cuerpo, y por lo tanto, contarán con una imagen corporal que puede ser satisfactoria o no, definiendo su autoestima.

Desarrollo Psicológico

En la adolescencia el funcionamiento psicológico se transforma y adquiere las características de adulto; el crecimiento físico, así como el psicológico, están dirigidos hacia la madurez. Durante éste periodo ocurren cambios rápidos y notables, no tan sólo de maduración física, que incluye la capacidad de reproducción, sino que también se observa: “a) la maduración cognoscitiva que es una capacidad que se va desarrollando para pensar de manera lógica, conceptual y futurista; y b) el desarrollo psicosocial que refleja una mejor comprensión de uno mismo con relación a otros” (OPS, 1992).

En la siguiente tabla Florenzano (1988), describe las etapas de crecimiento y desarrollo psicológico por las que pasan las mujeres y los varones durante el estadio de la adolescencia. El autor describe el proceso de independencia y el desarrollo de su identidad, aunado a la formación psicológica de su imagen, que dan como resultado la formación cognitiva y psicosocial de ser como adulto maduro.

TABLA 1: ETAPAS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOLÓGICO

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

** Etapas de crecimiento y desarrollo psicológico que van desde los 10 hasta los 19 años de edad.*

Como se observa en la tabla, las mujeres y los varones que atraviesan por éste estadio de desarrollo, muestran cambios conductuales que podrían clasificarse dentro de los parámetros de las “patologías”. Sin embargo, las descritas anteriormente se ubican dentro parámetros de “normalidad” que se comparten entre generaciones que se encuentran dentro de los rangos de edad, también mencionados, para la especie humana. Las y los adolescentes sin excepción, pasan desde los 10 años aproximadamente, y hasta entrada la edad adulta, por un desajuste emocional, conductual y de intereses que culminará con la aceptación de su nueva condición. La fisiología sostiene que los cambios por los que pasan, se encuentran directamente relacionados con alteraciones emocionales como la depresión y la ansiedad, producidos por los procesos de reorganización del esquema adquirido respecto al cuerpo infantil perdido, permitiendo una nueva construcción de la representación corporal y del conocimiento físico de sí mismo.

Según Olivares (2003), como parte del proceso psicológico por el cual atraviesa el adolescente se pueden ubicar tres manifestaciones observables, que como se mencionó anteriormente, variarán dependiendo de distintos factores. Serán al menos las más evidentes:

1. *Búsqueda de sí mismo y de la identidad*: la maduración de los órganos sexuales, tanto de mujeres como de varones, es un hecho biopsicodinámico que se presenta determinante en el proceso de búsqueda de la identidad adulta y que caracteriza a la identidad adolescente. En esta búsqueda de identidad, el adolescente recurre a las situaciones que se presentan como más favorables en el momento. Una de ellas es la uniformidad, que brinda seguridad y estima personal. Ocurre aquí el proceso de doble identificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno y que explica, por lo menos en parte, el proceso grupal del que participa el adolescente y la manera en que actúan con sus iguales (Olivares, 2003, pp. 23-25).

El adolescente transfiere su confianza al grupo en el cual encuentra la seguridad necesaria para tal efecto, la familia pasa a un segundo plano. Se encuentra, en esta etapa, en búsqueda de contenedores de ansiedad generada por los cambios tanto físicos como emocionales; la intelectualización y la fantasía cobran mayor importancia en el pensamiento adolescente, convirtiéndose en mecanismos de defensa frente a la realidad, que en algunos casos, los sobre pasa.

Según Erikson (1974), durante este periodo de experimentación, las y los adolescentes ensayan diferentes roles que tienen que ver con identidades, personalidades y formas de comportamiento, con el fin de asegurar la necesidad interna e igualdad social que será el punto de lanza del adulto en que se convertirán. Éstos se ven inmersos en un sin fin de mecanismos informativos, tanto en la escuela, el hogar, la calle, así como con el resto de sus congéneres en la convivencia cotidiana. El Adolescente en desarrollo se verá obligado a elegir y ensayar, una y otra vez, la clase de adulto que quiere ser, aun cuando no tenga consciencia del hecho. Las actitudes que vaya adquiriendo y legitimando para su vida, durante la adquisición de su identidad, serán fundamentales en la edad adulta.

2. *Separación progresiva de los padres*: constituye una de las principales tareas, relacionada a la identidad adolescente, pues en el grupo encuentran la seguridad necesaria y las similitudes suficientes para la separación. Esto ocasiona problemas al interior de la familia, entre padres e hijos, ya que los primeros también deben pasar por un periodo de aceptación de la nueva condición de los hijos (Olivares, 2003, pp. 23-25).

3. *Constantes fluctuaciones del humor y el estado de ánimo*: Este es uno de los puntos más importantes y notorios del desarrollo adolescente. Según la autora (Olivares, 2003, pp. 23-25), se relacionan con un sentimiento de ansiedad y depresión vinculado a los duelos. Estos son un conjunto de representaciones mentales que acompañan a la pérdida de un objeto (1) (persona, estado, cosa) amado. La pérdida del objeto a la que se está ligado produce depresión mezclada con sentimientos de culpabilidad por la pérdida, sin que el adolescente cuente con las herramientas necesarias para manejarlo.

Al mismo tiempo, Olivares (2003) maneja cuatro momentos de duelo como los más importantes a lo largo de este proceso, que las y los adolescentes pueden o no entender y manejar. Éstos son:

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

La elaboración de estos duelos se realiza mediante la experimentación consciente del luto, racionalizando y verbalizando la pérdida. La no superación de estos duelos conduce a un estado de frustración que se resuelve, bien con agresión, como conductas agresivas, automarginación, etc., o bien como disforia, esto es: cuadros de anorexia, languidez, pensamientos de suicidio, etc. (Aguirre, 1998). Aunque sin distinción, la manifestación del proceso psicológico, a través del luto debe llegar a su fin para llegar a la madurez. La aceptación o superación de estos duelos, serán distintos en varones y mujeres, y lo serán también a partir de la cultura de origen.

Desarrollo social

Las sociedades actuales consideran al adolescente, varón o mujer, como el joven que comienza a ser adulto, esto es, que lucha por su independencia y autonomía; que está dejando atrás la infancia y por tanto la dependiente de sus padres, buscando incorporarse, como el adulto ideal, a su sociedad y cultura. Como se vio en la parte del desarrollo psicológico, durante la adolescencia, las

mujeres y los varones se enfrentan a una serie de contradicciones internas que tienen como finalidad la formación de su personalidad y la construcción de su identidad adulta. La sociedad en que se desarrollan tiene una gran influencia, ya que el ideal que tienen de sí mismos percibirá lo que la sociedad considera como „adecuado“ para ellos, esto es, el ideal de sí mismo adquirirá los valores de la sociedad en la que viven y se desarrollará a partir de valores y creencias transmitidas al interior de su sociedad contenidos en una serie de criterios socioculturales. Éstos son dados por las normas que se desarrollan en la sociedad, los usos, las costumbres y las leyes contribuyen a la instauración de éstas, generando estereotipos. La transmisión de ellos se dará a través de las normas comunes reflejadas en actitudes o valores.

Dichas actitudes o valores (2) son consideradas primordiales para mantener un orden tanto legal como moral. Los valores se promueven dentro de la familia de origen, en la escuela, a través de los medios de comunicación y con los grupos de iguales. Las actitudes se formarán al interior de cada uno de los grupos mencionados, legitimándose a partir de la fuerza, constancia o necesidad de cada persona (se ampliará más adelante). El adolescente lucha por separarse del grupo original, la familia; cuestiona lo aprendido ahí, los valores, las formas de control, etc. Hace todo lo posible por crear un grupo alternativo, elegido por él donde sienta la libertad de hacer lo que quiera; busca un lenguaje simbólico común, un estilo común, una identidad similar. En éste aprenden y refuerzan estereotipos culturales que son dados por la sociedad y los medios de comunicación dependiendo de su clase social, situación económica o lugar geográfico donde se desarrollen. No obstante, la familia combate por retenerlo, crea alrededor de él o ella un contenedor, disponen de su tiempo, organizan su agenda, sus actividades, intentan mantenerlos bajo control, y al no lograrlo, es estigmatizado bajo otros estereotipos como el de la rebeldía. Se utilizarán durante la resistencia, estrategias de control alternas propias de cada sociedad, como los sentimientos de culpa.

Para Craig (1988) (3), “los roles y estereotipos sexuales se forjan mucho antes de la adolescencia, y los años preescolares son un periodo crucial. Con la llegada de la pubertad y la adolescencia, los cambios biológicos de la maduración física traen un nuevo interés por los miembros del sexo opuesto o del mismo sexo y la necesidad de integrar la sexualidad con otros aspectos de la personalidad”. Para las y los jóvenes es importante la relación con el grupo de iguales pero en especial, es importante establecer relaciones con el sexo opuesto. Sin embargo, muchas de las experiencias de aprendizaje de las y los jóvenes, son adquiridas circunstancialmente al poner a prueba sus opiniones y su forma de ver la vida, permitiendo al joven exponer su forma de pensar y de conducirse, son momentos pedagógicos donde se observa como reaccionan los demás, éstos pueden ser ellos mismos, sus padres, maestros y amigos. Pueden ser desde problemas personales hasta actitudes referentes a la sexualidad, entre otras cosas.

Una manifestación observable en lo que tiene que ver con éste proceso, no es sólo la aparente e intensa sociabilidad que viven, sino también, la concebida soledad en la que también se ven inmersos (Zacatelco, 1998, p. 33) (4). El desarrollo social se presenta como manifestaciones contradictorias tanto en lo

cognitivo como en lo conductual. Dichas contradicciones están contenidas en los códigos y normas sociales de cada cultura que clasificaran sus compartimientos a través de roles y estereotipos.

Una vez que el adolescente ha encontrado el rol que jugará dentro de la sociedad y se ha integrado a ella, se separará del grupo de iguales. Esto sucede porque todos los miembros se encuentran en el mismo proceso pero la información cultural particular de cada uno/a hará la diferencia, creando discordancias al interior que culminaran en ruptura. Aquí radica la importancia del desarrollo social que se da durante este periodo desarrollo, las mujeres y los varones adolescentes pueden generar su pensamiento propio y forjar actitudes diferentes con la información adecuada, si ésta se da en momentos clave de su desarrollo tanto psicológico como social. Por lo tanto, la adolescencia, aunque no se vive necesariamente por todos, como un periodo de gran estrés, como cotidianamente se ha creído, es como ya se describió, un tiempo de cambios físicos, de definición del rol sexual, es el momento en que aparecen cambios cognitivos y conductuales al definir sus valores éticos, es cuando los problemas son trascendentales, al menos los que tienen que ver con el amor, la libertad, el matrimonio, la religión, etc., es cuando surge, con mucha mayor conciencia, el interés de conocer la sexualidad, es cuando se forma la personalidad y la identidad, es a fin de cuentas, el momento de la maduración del individuo (Aberasturi y otros, 1989, p. 16).

Las actitudes desarrolladas frente a todo lo anterior, se irán marcando y reafirmando con el tiempo, convirtiéndose en la manera en que verán y vivirán su vida adulta. Por esto, es importante fomentar la responsabilidad en las y los adolescentes sobre todo lo que tiene que ver con su vida, con la finalidad de generar cambios de actitud hacia cualquiera de las problemáticas antes mencionadas y particularmente de la sexualidad que es el tema de esta tesis.

2.2. Adolescencia en México

Según el Censo de Población y Vivienda 2005, llevado a cabo por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), la población total del país es de 103,263,388 de mexicanos; de los cuales, 50,249,955 son hombres y 53,013,433 son mujeres. Tan solo en el Distrito Federal (DF) se encuentran 8,720,916 de habitantes, 4,171,683 de ellos son hombres y 4,549,233 son mujeres. La adolescencia mexicana se ve reflejada en los 21,061,144 jóvenes de todo el país, con edades entre los 10 y 19 años de edad (5); de éstos, 10,541,816 son hombres y 10,579,328 son mujeres. En D.F. las y los adolescente pertenecientes a este rango de edad (6) son un total de 1,445,230, contando con 725,148 hombres y 747,082 mujeres.

Debido a que la población adolescente se mantiene con un porcentaje alto de representación al interior del país y que las problemáticas en las que se ven inmersos (como embarazos adolescentes, deserción escolar ocasionada por el mismo embarazo u otra razón), son la población más vulnerable a contraer alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS), y por las políticas públicas, o la ausencia de ellas, aplicadas sobre éste sector de la población han sido insuficientes, resulta de vital importancia trabajar con ellas y ellos en la

adquisición de conocimientos, en la generación de cambios de actitudes y conductas respecto a su sexualidad, respetando las premisas que se generan dentro de los planteamientos de los derechos sexuales y reproductivos, esto debe realizarse a nivel escolar, ya que es una actividad a la que los adolescentes dedican mayor porcentaje de su tiempo.

2.3. Educación sexual en la adolescencia

Además de lo que se ha mencionado sobre el proceso de desarrollo por el que pasan las y los jóvenes durante la adolescencia, en lo que tiene que ver con el desarrollo biológico, psicológico y social, en esta parte de la investigación se mencionará un componente que resulta fundamental para el desarrollo pleno del adolescente tanto en lo cognitivo, como en lo conductual. Tiene que ver con la participación del sector adolescente dentro de las instituciones obligatorias del Estado, que al igual que la institución familiar, se ha convertido en un espacio donde se les dan herramientas de aprendizaje y de análisis de las distintas esferas que deben cubrir dentro de la sociedad a la que pertenecen, buscando su madurez e inserción a ella. La institución educativa es el espacio donde aprenderán todo lo que en su casa no es tratado.

Por tal razón resulta importante mencionar las estadísticas. Actualmente del total de la población adolescente de entre 11 y 18 años, 39.40% cuentan con primaria terminada, 49.53% con secundaria completa y el 10.98% cuentan con preparatoria. La población con la que se trabajará en esta investigación, se ubica en el rango de 12 a 15 años, siendo el 11.43% del total de la población que cuenta con secundaria terminada en el país, de estos, el 49.34% son hombres y 50.65% son mujeres. En el D.F. se encuentra el 14.91% de las y los adolescentes del país cuentan con alguna formación escolar básica o media superior. De estos el 6.61% tienen primaria, el 88.90% cuentan con la secundaria y el 4.44% con preparatoria. Del total de adolescentes del D.F. 15.13% son hombres y 14.95% son mujeres (INEGI, 2005). Resulta importante resaltar las diferencias estadísticas que existen entre mujeres y varones, ya que si bien la población total del país es en proporción más alta de mujeres es notable que al final de cada proceso educativo sean menos las mujeres que logran terminar que los varones.

Lo anterior demuestra la importancia de analizar la educación formal en el país y de pensar en cambios sustanciales que permitan el ingreso de cada vez más población a los sistemas educativos, buscando lograr la conclusión de la formación escolar de más adolescentes. Estos cambios, deben darse en el sentido de que los adolescentes que aún se encuentran en las escuelas, cuenten con una mejor calidad educativa y con contenidos que se reflejen en su desarrollo, no sólo educativo, sino también social, físico, cognitivo y conductual, en general. Sin embargo, la presente investigación centra su atención en uno de los factores de la educación formal que ha sido relegado o, como se vio anteriormente, en uno de los factores que han sido utilizados históricamente como mecanismo de control y regulación social, el de la educación sexual. Esta, actúa en la escuela como uno de los componentes esenciales de la construcción de la salud sexual a lo largo del ciclo vital de las personas, y por ello exige particular atención.

En la mayoría de los países, incluido México, la escuela es la única institución con la que casi todas las personas tienen contacto en algún momento de su vida, por lo que es el entorno ideal para impartir la educación de la sexualidad. Es la razón por la que los gobiernos están obligados a formalizar este tipo de educación en todas las escuelas. Existe un considerable número de investigaciones que han identificado las características de una educación eficaz de la sexualidad (Promoción de la salud, 2000), realizadas por organizaciones de la sociedad civil, aunque también por instituciones académicas. Sin embargo, es importante primero, aclarar algunos puntos centrales. Es común que se de por “educada” a una persona cuyo comportamiento se “ajusta” a lo que la familia y la sociedad consideran; y por una “no educada” a quien no se comporta de acuerdo a los cánones establecidos en el grupo social al que pertenece. Pero educación no es solo eso, también se le considera como un “proceso humano y social, como acción realizada en el medio ambiente y a través de él, sobre los hombres y las mujeres a lo largo de toda su vida.

Para poder comprender con más precisión el término, es necesario establecer la diferencia con instrucción, ya que con el uso frecuente de ambos conceptos se han llegado a manejar como sinónimos. Por lo tanto, educación “es la totalidad de las experiencias que durante la vida de una persona producen en ella cambios de conducta, independientemente de que estos cambios sean o no observables o mensurables e independientemente de que esas experiencias sean o no planificadas” (Olivares, 2003, p. 59). Mientras que, instrucción se puede considerar como la administración de una secuencia de eventos para producir deliberadamente aprendizaje determinado. Por lo tanto, la instrucción forma parte de la educación y es el resultado de una acción deliberada para producir aprendizaje.

Para entender el vínculo entre sexualidad y educación, es necesario volver a la categoría sexualidad. Monroy y colaboradores (1996) entienden por sexualidad lo que tiene que ver con “las características biológicas, psicológicas y socio-culturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como mujeres u hombres. Es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; (...). Estimula las necesidades de establecer relaciones interpersonales significativas con otros” (p. 24). Por lo tanto, si se entiende que la sexualidad comienza con el nacimiento, como se describió en el primer capítulo, a este proceso de adquisición de conocimiento diario, continuo e ineludible se le entonces se le puede denominar „educación de la sexualidad”, que se aprende tanto de manera formal como informal.

Por educación informal entendemos que es “el proceso por el cual se enseña y aprende acerca del sexo y la sexualidad, sin que se planea o dirige en forma consciente, por ejemplo, de cómo los adultos ven y viven la propia sexualidad y la de quienes lo rodean (trato a los hijos, reacciones paternas ante la curiosidad sexual y conductas infantiles, etc.)” (Olivares, 2003, p. 60). Mientras que educación formal “se define como la planeación de los procesos de aprendizaje, directa o indirectamente, relacionados con el patrón de conductas y experiencias sexuales y con el patrón del sistema de valores relativo a la

sexualidad (clases, pláticas, conferencias, libros, películas con información sexual dirigida y sistematizada)” (Olivares, 2003, p. 25).

La educación de la sexualidad en México se da a través de ambos canales educativos o de formación, a través de puntos de influencia sociales. La educación formal e informal les llega a las y los adolescentes como un cúmulo de información, en ocasiones contradictoria, que en lo cotidiano de sus vidas aplica de formas variadas. La formación no planeada se centra más en controles morales, restrictivos y en muchas ocasiones inciertos; mientras que la formación planeada y directa permite adquirir conocimientos formales, claros y científicos que pueden, al mismo tiempo, mantener valores morales regulados por las leyes civiles, para la convivencia sana y adecuada.

Los canales de influencia más importantes durante el desarrollo sexual, desde el nacimiento, son los siguientes:

- a) La Familia: es el primer grupo al que se pertenece y del que se adquieren valores básicos acerca del sexo y la sexualidad. Es en el núcleo familiar donde se aprende que es lo bueno, lo malo, lo socialmente aceptable, lo permitido, así como los roles sexuales, los patrones culturales, etc. La vida familiar refleja en mayor o menor grado, los conceptos de la sociedad.
- b) La Escuela: la niña o el niño reciben múltiples influjos a través de la enseñanza de diversas materias y de la forma de comportamiento de los maestros y compañeros. Si la escuela es mixta o no, la forma de abordar o no, los temas sexuales en clase o fuera de ella, van forjando en los alumnos modelos y normas de conducta sexual, o bien, les permite o les restringe ir implicando aquello que aprendieron durante los primeros años dentro del medio familiar. Cuando la escuela y la familia no van de común acuerdo en sus metas y conceptos, existe incongruencia en los mensajes que la niña y el niño reciben, lo que provoca situaciones conflictivas motivadas por la contradicción que perciben. Las niñas y los niños al crecer introyectarán esa información creando actitudes hacia la sexualidad que reflejarán la educación que adquirieron, tanto formal como informal.
- c) Los grupos de amigos: los conceptos de lo que significa ser varón o mujer, del ideal trato de la pareja o el significado de la madurez, son aprendidos a través de los grupos de amigos. Por lo general todas aquellas dudas que los adolescentes no se atreven a manifestar con sus padres o maestros, con frecuencia son comentados con los amigos, o bien copian las costumbres que observan en otros de su edad como parte de su proceso de identidad.
- d) La religión: toda sociedad vive ciertos valores religiosos que tienen gran influencia en la conducta. En México la población es predominantemente católica, en donde las normas y valores que rigen esta orientación religiosa, son ejercidas con mucha rigidez, por ejemplo: la masturbación, el uso del condón, las relaciones sexuales prematrimoniales, etc. Todo esto marcará la forma en la que cada individuo vive su sexualidad, ya sea con temor, culpa, de manera natural, etc.
- e) Los medios de comunicación masiva: el uso generalizado de la radio, la televisión, el cine, los impresos, son algunas de las características de la sociedad moderna, hecho que provoca que la información se difunda rápidamente a grandes núcleos humanos y que ésta sea recibida de un modo

indiscriminado por hombres y mujeres de todas las edades, creando así modelos que no corresponden a nuestra realidad sociocultural.

f) Profesionales de la salud y la educación: el sector salud puede tener una gran influencia coordinando acciones de educación de la sexualidad con otros sectores y en los diferentes niveles de promoción y prevención. Pero sin lugar a duda, es el sector educativo quien más influencia puede tener en este campo.

g) La legislación: las leyes definen y sancionan ciertas conductas relacionadas con la sexualidad al grado de imponer castigos a quienes no actúan de tal o cual modo. Así, en la legislación Mexicana, se sanciona el aborto (aunque en algunos estados se cuenta con leyes locales sobre la interrupción del embarazo, como el Distrito Federal, donde se legisla sobre los Derechos Humanos de las mujeres y el derecho a decidir sobre su cuerpo), la violación, las relaciones extramaritales, etc. No obstante la influencia de estas sobre la educación sexual, debe considerarse que pueden mantener una función o ser un obstáculo (Monroy, 1997).

La influencia que distintos sectores de la sociedad mantienen sobre la educación de las y los adolescentes, se refuerza en el discurso sobre la sexualidad moderna heredada de la época victoriana y de la ciencia médica moderna, sin embargo, el objetivo de la educación de la sexualidad para niñas, niños y adolescentes, es poder construir sobre bases firmes, científicas y acordes a las necesidades de la sociedad moderna. Por eso, la información integral sobre sexualidad debe contener las siguientes metas principales:

- Más que la simple adquisición de conocimientos y contenidos, la educación sobre sexualidad debería guiar hacia el desarrollo del pensamiento crítico conducente al logro de actitudes positivas hacia la sexualidad.
- Fomentar el proceso por medio del cual el individuo se pueda reconocer, identificar y aceptar como un ser sexuado y sexual a todo lo largo del ciclo de vida, libre de toda ansiedad, temor o sentimiento de culpa.
- Fomentar el desarrollo de roles de género que promuevan el respeto y las relaciones justas entre seres humanos, dentro de un marco de valores basados en los derechos humanos.
- Promover el valor de los vínculos y del componente afectivo de las relaciones humanas más allá de las relaciones de pareja.
- Promover el autoconocimiento en relación con el cuerpo como un factor de autoestima y atención a la salud.
- Fomentar el comportamiento sexual libre, responsable, consciente y placentero hacia sí mismo y los otros.
- Promover la comunicación dentro de la pareja y la familia, fomentando relaciones equitativas, independientemente del sexo y la edad.
- Promover un comportamiento responsable y compartido en relación con la planificación familiar, crianza de los hijos y el uso de métodos anticonceptivos.
- Promover decisiones responsables para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.
- Acerca de los beneficios y riesgos de medicamentos, aparatos, tratamientos e intervenciones médicas, incluyendo la esterilización; y
- Acerca del acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos; sobre la participación de las mujeres en la toma de decisiones relacionadas con su

embarazo y su parto; sobre los tratamientos accesibles para la infertilidad; sobre el aborto seguro y legal como la libertad para expresar la sexualidad en condiciones dignas y placenteras (Promoción de la salud, 2000).

La educación de la sexualidad debe ser científica y racionalmente planeada; formativa e informativa y estar basada en el desarrollo psicosexual del individuo. Como proceso de aislamiento de significados y de valores socioculturales, debe ser progresiva, llevada a cabo en acción conjunta por los padres, los profesionales de la salud y la educación (Monroy, 1997). Debe crear responsabilidades para lograr que el individuo desarrolle al máximo sus capacidades. También debe proveer información para desarrollar relaciones entre los aspectos físico, social, económico, cultural y psicológico. Debe formar parte de la educación integral del individuo e incluir más que una formación anatómica y fisiológica, enfatizando el desarrollo de las actitudes positivas como la mejor forma de relacionarse con los demás representantes de la diversidad, asimismo ser guía de las relaciones entre los sexos. Los casi dos millones de adolescentes entre 11 y 18 años que actualmente se encuentran en las instituciones educativas del país, valen el esfuerzo de trabajar por un futuro más digno y encaminado al cumplimiento de la defensa de sus derechos humanos.

Capítulo III

3. DERECHOS HUMANOS, SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

En el presente capítulo, se abordará el tema de los derechos humanos como preámbulo de los derechos sexuales y reproductivos, ya que sería imposible hablar de la existencia de estos últimos si no se reconociera el papel que los primeros han desempeñado en su creación y proceso. Lo mencionado en los capítulos anteriores demuestra la importancia que tiene la sexualidad para el desarrollo pleno de las personas, y permitió evidenciar que la educación en sexualidad es de vital importancia para las nuevas generaciones, pero sobre todo que un cambio conductual y actitudinal en el discurso moderno de la realidad sobre la sexualidad debe ser prioritario y urgente. La intención es que la conceptualización de los Derechos Humanos y particularmente desde los Derechos Sexuales y Reproductivos, se vean como la expresión última del reconocimiento de la necesidad del desarrollo pleno y digno de las personas.

3.1. *Categorización del Derecho*

El ser humano siempre ha vivido en sociedad, es decir, siempre ha pertenecido a un grupo integrado por otros individuos de su misma especie. Sus instintos lo llevan a concentrarse con los otros seres humanos sobre un espacio geográfico para formar clanes, tribus o Estados. En cada integrante de esas agrupaciones, prevalecen dos aspectos: uno es “(...) el individuo en sí mismo como un ser consciente y con fines propios; y la sociedad como un hecho real, indiscutible, absolutamente necesario. Es por eso que cuando los seres humanos viven juntos se deben someter a ciertas normas y reglas que rigen su existencia y solamente dentro de ellas pueden actuar, con mayor o menor libertad (...) por lo tanto, la vida en sociedad presupone cierta organización” (Vescovi, 2002, p. 73).

Si se estudia a las sociedades más primitivas, se puede notar que desde siempre ha habido cierta división del trabajo; “hay quienes se dedican a la caza y quienes a la guerra, mientras otros laboran dentro del clan o cuidan de los niños; existen también ciertas reglas que todos observan y adquieren, en un principio, fundamentalmente el carácter de prohibiciones (tabúes); y hay siempre una autoridad encarnada por el más fuerte o por el hechicero o el brujo” (Vescovi, 2002, p. 19).

En un principio, el derecho se encontraba fuertemente unido a la moral y a la religión. El Estado, jurídicamente hablando, apareció después de una prolongada evolución. La costumbre era la fuente más importante de poder social de los antepasados y las normas de conducta emanaban de éstas. Por lo tanto, la imitación y el hábito permitían que estas normas se extendieran por todos los grupos sociales. Poco a poco la costumbre cede, para que los seres humanos se convencieran de que algunas normas debían ser obedecidas en beneficio de la sociedad en su conjunto y como un proceso social civilizatorio. Así, se marca la diferencia entre lo moralmente sostenido y lo legal.

En el momento en que el derecho comenzó a adquirir un dominio definido es cuando comenzó a delimitarse su verdadera finalidad. “La sociedad organizada políticamente –en Estado- toma a su cargo las funciones de regular las relaciones más esenciales entre los miembros de la sociedad, especialmente aquellas en donde podrían producirse más choques y desórdenes. El derecho se encarga de la conducta manifiesta del ser humano, de marcar las pautas de sus actos para que pueda coexistir con los de su especie y para que su conducta sea compatible con el orden social” (Vescovi, 2002, p. 46).

Se ha visto, durante el desarrollo histórico de la humanidad, el paso del llamado, Derecho natural, al Derecho positivo. Sin embargo, ambas nociones coinciden en producir una noción de Derecho que iniciará la vinculación del Derecho al Poder y el Derecho escrito, el de la ley. Dicho paso de un lado al otro del Derecho lo define en la actualidad como “un arte jurídico, desarrollado sobre todo por los juristas clásicos, tendientes a obtener un reparto justo, una proporción a ser unas reglas de conducta, unas normas o leyes escritas. Con este giro del pensamiento moderno se identifica al Derecho con el sistema de reglas objetivas, con ley” (Peces y Fernández, 1998, p. 224). Para garantizar que el sistema de reglas se adecua a las circunstancias cambiantes de la vida, el Estado vio la necesidad de dominar el proceso de creación del Derecho, con la finalidad de conseguir el monopolio del uso de la fuerza legítima y por tanto, garantizar el uso del instrumento unificador por excelencia, la ley.

El Derecho, como Derecho objetivo o conjunto de reglas de conducta que rigen la vida humana social, se está preparando en el campo del Derecho privado y el Constitucionalismo en el campo del Derecho público. La concepción actual del Derecho es verlo como un complejo compacto de normas lógicamente exento de contradicciones y de lagunas, que debe ser aplicado. Es el resultado de la unificación de la concepción iusnaturalista del Derecho Tomista y del Derecho racionalista (Peces y otros, 1998, p. 224). En síntesis, el Derecho se concebirá como “conjunto de reglas de conducta, como un modelo de vida colectiva que acabará con los particularismos, con el pluralismo del Derecho medieval, para servir a la necesidad de seguridad (...). Se situará en el esfuerzo de organización racional de la vida colectiva y los derechos fundamentales serán un elemento de esa racionalización, que llegará incluso a pretender someter al propio fundamento del Derecho moderno, que será cada vez más el poder” (Peces y otros, 1998, p. 231).

Es importante aludir a las bases sobre las que el Derecho moderno se circunscribe, que tienen que ver con lo mencionado sobre el iusnaturalismo, como la base filosófica de la que se desprende el Derecho subjetivo y el racionalismo de la que desprende el Derecho objetivo o positivo (7). Para algunos autores como Valley, “los Derechos subjetivos constituían las especies del Derecho, el corazón de la obra, donde converge lo esencial de la ciencia jurídica (...)” (Peces y otros, 1998, p. 231). Para Hobbes, no se debe confundir entre Derecho subjetivo y objetivo ya que uno tiene que ver con el Derecho y el otro con la ley. Afirma que “el Derecho consiste en la libertad de hacer o no hacer, mientras que la ley determina y ata a uno de los dos; con lo que la ley y el Derecho difieren tanto como la obligación y la libertad, que en una y la misma materia son incompatibles” (Hobbes, 1994, p. 228). Lo anterior con la

finalidad de aclarar que los derechos fundamentales que se desarrollaran más adelante, tienen su origen dentro del Derecho subjetivo que se encuentra anclado en las libertades.

3.2. Origen y fundamento de los Derechos Humanos

Los fundamentos que dan origen al Derecho, tanto morales o naturales, como jurídicos o racionales, se encuentran en la concepción de un hombre indivisible y de una dignidad intrínseca de la persona. El respeto a la dignidad humana implica que los individuos tengan a su alcance los bienes y servicios que permitan su desarrollo en las mejores condiciones posibles. Los Estados, al guardarse para sí el derecho al uso de los distintos mecanismos de poder, se adjudican la obligación de satisfacer las necesidades humanas en todos los sentidos. No siempre han sido usados en beneficio de la humanidad entera, por lo que ha sido necesaria la creación de mecanismos salvaguardados, no solo por y para cada Estado, sino de mecanismos internacionales que cumplan con dicha labor.

Los valores y principios contemplados para dar figura a los Derechos Humanos, son prerequisites de una existencia real y verdaderamente humana; de una vida digna de ser vivida (Madrazo, 1993, p. 19). Las características que los Derechos Humanos poseen deben ser iguales en todas partes del mundo. A continuación una serie de ellas:

1. Son innatos y congénitos, porque todos los seres humanos nacen con ellos.
2. Son universales, en cuanto se extienden a todo el género humano en todo tiempo y lugar.
3. Son absolutos, porque su respeto se puede reclamar indeterminadamente a cualquier persona o autoridad.
4. Son necesarios porque su existencia deriva de la propia naturaleza del ser humano.
5. Son inalienables, porque pertenecen en forma indisoluble a la esencia misma del ser humano.
6. Son inviolables porque ninguna persona o autoridad puede actuar legítimamente en contra de ellos salvo las justas limitaciones que pueden imponerse a su ejercicio, de acuerdo con las exigencias del bien común de la sociedad.
7. Son imprescriptibles, porque forman un conjunto inseparable de derechos (Mercado, 1997).

Los Derechos Humanos son reconocidos y recogidos por los Estados, mediante la acción de los parlamentos y congresos, y se reflejan en la construcción de las legislaciones en general y particularmente sobre las que descansan el cumplimiento de los Derechos Humanos. Es importante aclarar, que el Estado no crea los Derechos Humanos, los reconoce, los precisa, fija su extensión y sus modalidades, y establece los mecanismos y procedimientos para su adecuada tutela, a través de mecanismos del Derecho. Los instrumentos internacionales, como dicha Declaración, son herramientas que complementan las legislaciones nacionales, y son, además, vinculantes, o sea,

obligatorias. Particularmente en México, las garantías individuales se encuentran incluidas en la Constitución Política Mexicana, que contiene los mecanismos para garantizar el respeto de los Derechos Humanos.

3.2.1. Internacionalización de los Derechos Humanos y Declaraciones Universales

Se cree que la lucha por los Derechos Humanos comenzó desde que se establecieron diferencias en las sociedades entre un grupo de seres humanos que mandaba y otros que obedecía. Así, la primera limitación al grupo de mando, fue sin duda el reconocimiento de los derechos de los obedientes; tales como: su vida, su libertad, su dignidad (Madrazo, 1993, p. 32). Las primeras manifestaciones formales de la lucha por los Derechos Humanos de las que se tiene conocimiento, son algunas de las estipulaciones contenidas en la Carta Magna inglesa del 15 de junio de 1215, expedida por el rey Juan Sin Tierra. Éste contrajo compromisos con la nobleza británica, y dispuso que ningún hombre podría ser detenido en prisión, ni desposeído de su tenencia, de sus libertades o libres usos; declarado fuera de la ley, exiliado o molestado de manera alguna, sino en virtud de un juicio legal de sus pares y según la ley del país (Carpizo, 1986, 34). Por otra parte, los antecedentes para los pueblos hispanoamericanos se enmarcan en el Fuero Viejo de Castilla de 1394, en el cual se concedieron a los „fijodalgos” los derechos a la vida, a la integridad corporal, a la inviolabilidad del domicilio, así como el derecho de audiencia.

Se ha reconocido que la primera y verdadera declaración de Derechos Humanos, fue la que contenía la Constitución de Virginia de 1776. En ésta se reconocen “(...) los derechos a la vida, la igualdad, la seguridad, el derecho a modificar la forma de gobierno, la libertad de sufragio, el principio de las elecciones libres, las garantías del proceso penal, las condiciones de la expropiación, la libertad de prensa y de conciencia, entre otros derechos” (Madrazo, 1993, p. 15). Las constituciones de otras ex colonias norteamericanas siguieron el modelo de Virginia, y su principal objetivo era que el gobierno reconociera y respetara los Derechos Humanos. No se puede dejar de mencionar que la Declaración Francesa de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, estuvo inspirada por las constituciones de dichas colonias. En los 17 artículos de esta declaración, se señaló que los derechos naturales e imprescriptibles del hombre son: la libertad, la propiedad, la seguridad y la resistencia a la opresión. También declaró que el límite de la libertad individual es la libertad de los demás miembros de la sociedad (Gutiérrez, 2005, p. 17). La Revolución Francesa y su Declaración de Derechos impactaron en occidente, lo que inspiró muchas disposiciones del constitucionalismo del siglo XIX. Al comienzo de la segunda mitad del siglo XIX, se vislumbró un cambio que logra quebrar el liberalismo individual, y forjar el camino hacia el liberalismo social; es decir, propicia la transformación del Estado de Derecho en un Estado social de Derecho. Es así como los nuevos derechos sociales, los cuales hacen énfasis en que no todos los seres humanos son iguales, intentan abolir las desigualdades sociales protegiendo, sobre todo, a los grupos más vulnerables.

En México, resulta importante mencionar que la Constitución del 5 de febrero de 1917 fue la primera en recoger estos derechos sociales. Los artículos que

mejor representaron la Revolución Mexicana de 1910, fueron el 27 y 123; sin embargo, lo que se buscaba con esta constitución era, sobre todo, mejorar las condiciones de vida del pueblo. Es así como la Carta Federal de 1917, inaugura en todo el mundo el constitucionalismo social. En 1919 la Constitución alemana de Weimar haría lo propio y después la soviética en 1936, utilizando el modelo mexicano (Madrado, 1993, p. 48).

El progreso en el reconocimiento y vigilancia de los Derechos Humanos, desde mediados del pasado siglo XX, ha permitido que se descentralice este problema. Después de terminada la Segunda Guerra Mundial, el proceso de internacionalización de estos derechos se ha desarrollado vertiginosamente. De eso dan cuenta la “Carta de la Organización de las Naciones Unidas, o Carta de San Francisco, del 24 de octubre de 1945; la Declaración Universal de Derechos Humanos, del 10 de diciembre de 1948; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, del 16 de diciembre de 1966; El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 16 de diciembre de 1966; la Convención Americana de Derechos Humanos o Pacto de San José, formalmente en vigor a partir del 18 de julio de 1978” (Madrado, 1993, p. 89). En lo que concierne a espacios más regionales y para atender asuntos concretos (como puede ser la salud, el tema de las mujeres, etcétera), la comunidad internacional ha aprobado convenciones, protocolos declaraciones, y resoluciones. Este es el caso de los derechos sexuales y reproductivos, de los que se hablará más adelante.

Carta fundacional de la ONU

El 24 de octubre de 1945, se suscribe el documento constitutivo de la ONU, en San Francisco, California; de éste se desprenden los siguientes objetivos principales:

- a) Proteger al género humano del azote de la guerra, mediante el fortalecimiento de la paz universal y el mantenimiento de la seguridad internacional.
- b) Generar condiciones propicias para el respeto y cumplimiento de las obligaciones establecidas en los convenios internacionales, para asegurar la justicia, la igualdad de derechos y la autodeterminación de los pueblos.
- c) Promover el respeto universal a los Derechos Humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin distinción alguna por motivos de raza, sexo, religión o idioma, así como la efectividad de tales derechos y libertades.
- d) Impulsar la elevación de los niveles de vida para lograr el progreso social, sin detrimento de la libertad.
- e) Proveer los vínculos de amistad entre las naciones para lograr la cooperación internacional, como punto de partida para la solución de los problemas internacionales (Madrado, 1993).

Declaración Universal de Derechos Humanos

Se decreta el 10 de diciembre de 1948 en París, y logra dar forma al sistema de Derechos Humanos de la comunidad internacional. Dicha Declaración pretende, principalmente, que se reconozcan los derechos a la vida, a la libertad personal, de pensamiento, a la libertad de conciencia, de religión, de reunión, a la libertad de asociación, de circulación, de trabajo; el derecho a la igualdad ante la ley, a la seguridad física y jurídica, a contraer matrimonio y fundar una familia, a la vida privada, a la propiedad, a una nacionalidad, derecho de asilo, derecho a participar en el gobierno, a acceder a las funciones públicas, al trabajo, al descanso, a la educación, a un nivel de vida adecuado, a la seguridad social. En su preámbulo dice:

“Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana; Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad, y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias; (...) La Asamblea General proclama la presente Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción” (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948).

Documentos internacionales de 1966

Debido a que para muchos de los primeros países firmantes de la Declaración Universal de Derechos Humanos no tenía un carácter vinculante, por su carácter de autoridad puramente moral, la Declaración había dejado a muchos de los creadores del instrumento con una gran insatisfacción. Por lo que la Comisión de Derechos Humanos propuso la creación de un documento, declaración, pacto o convención, de carácter vinculante para los miembros que libremente quisieran suscribirla. Fue hasta 1966 que se desarrollan los documentos que lograrían la obligatoriedad de la Declaración. Estos son: el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC). Ambos refieren a los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, que junto con la Declaración Universal son conocidos como Carta Internacional de Derechos Humanos. Ambos Pactos cuentan con un Protocolo Facultativo que tiene la finalidad de ser el mecanismo por el cual las personas pueden iniciar

las demandas contra los Estados miembros. Estos documentos se adoptaron y firmaron el 16 de diciembre de 1966, y entran en vigor hasta 1976.

Es importante mencionar que en ambos Pactos Internacionales, a los cuales México ha firmado su adhesión, se describen artículos sobre los que versa la materia en Derechos Humanos que la presente investigación pretende contemplar. Por ejemplo, el PIDCP en los artículos que van del 6 al 27, trata sobre la protección por motivos de sexo, religiosas, raciales u otras formas de discriminación, como puede ser la discriminación por edad. Mientras que en el PIDESC, la parte III y los artículos del 6 al 15, sobre los derechos de cada persona, aparece una parte sobre que la educación, donde dice que la enseñanza primaria debe ser universal y gratuita, además de la enseñanza secundaria y la educación superior. Todo encaminado al "pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad, y debe fortalecer el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales" (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, PIDESC, 1966).

Convención Americana de Derechos Humanos o Pacto de San José

A partir del 30 de marzo y hasta el 2 de mayo de 1948 se celebró la XI Conferencia Interamericana en Bogotá. Ahí se aprobó la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, unos meses antes de que la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamara la Declaración Universal de Derechos Humanos. Estos documentos tuvieron un carácter declarativo no vinculante, así que para su respeto y garantía, hubo necesidad de instrumentos ulteriores adicionales.

Tal es el caso de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la cual demandó obligatoriedad para los estados miembros de la comunidad interamericana, por medio de la Convención Americana de Derechos Humanos, también conocida como Pacto de San José, firmada el 22 de noviembre de 1969 y formalmente en vigor a partir del 18 de julio de 1978.

3.3. Los Derechos Humanos en México

En México, el debate de los Derechos Humanos ha estado presente desde la Conquista. La llegada de los españoles a América y los excesos cometidos por los conquistadores y colonos en estas tierras, suscitó una importante polémica, no solo por el cuestionamiento sobre la forma en que obtenían sus títulos, sino por el trato que debían recibir los indios originarios de América. Dentro de los debates más importantes destaca el de Bartolomé de las Casas y Francisco de Vittoria, "quienes enunciaron una serie de principios entre los que se encontraba el reconocimiento de que todos los hombres nacen igualmente libres y, por ello, poseen la capacidad para elegir a sus gobernantes, quienes siempre deben actuar en interés del pueblo (Álvarez de Lara, 2005)" (coord. Moreno-Bonet, 2005). Estas ideas influenciaron sermones de protesta, como los de Fray Antonio de Montesinos en Las Antillas, y los trabajos de la Junta de Burgos de 1512, en los que se discutían las garantías encaminadas a un trato digno de los indios (Carrillo, 1981) (8), con lo que se abrió el reconocimiento de

otras libertades, que en los siglos posteriores se conceptualizarían en derechos fundamentales, que se plasmarían en México en diferentes documentos constitucionales.

Según Álvarez de Lara (2005), las tres etapas históricas fundamentales que condicionaron la evolución de México y que dieron lugar a la agitada y paulatina conformación del Estado mexicano, son: la Independencia, la Reforma y la Revolución, produciendo las tres cartas más relevantes de nuestra historia constitucional.

Independencia

Don Miguel Hidalgo, conocido también como “el padre de la patria”, mantenía una clara intención respecto a los Derechos Humanos, ya que apenas iniciada la lucha armada de Independencia declaró, en diciembre de 1810, abolida la esclavitud. Es así como México fue pionero en esa materia en América. Posteriormente, el documento elaborado por José María Morelos: *Los Sentimientos de la Nación*, ocupó un lugar trascendental en la historia de los Derechos Humanos en México. A partir de dicho documento es que se promulga, en Apatzingán, una propuesta de Constitución mexicana, el 22 de octubre de 1814, con el nombre de Derecho Constitucional para la Libertad de la América Mexicana. El capítulo V de la mencionada Constitución, contemplaba una de las más relevantes declaraciones sobre Derechos Humanos que se hayan dado en México, como versa a continuación:

“La felicidad del pueblo y de cada uno de los ciudadanos consiste en el goce de la igualdad, seguridad, prosperidad y libertad. La íntegra conservación de estos derechos es el objeto de la institución de los gobiernos y el único fin de las asociaciones políticas” (Madrazo, 1993, 128) (9).

Sin embargo, fue hasta que las fuerzas insurgentes y el ejército virreinal, decidieron finalizar la guerra el 27 de septiembre de 1821, y después de que Iturbide trató constituirse „Emperador de México”, que varias personalidades de la época acordaron que para que en el país prevaleciera la estabilidad política, económica y social, debería establecerse un orden jurídico que garantizara la paz social. Así, después de debatir acerca de la forma organizativa que debía adoptar el Estado mexicano –es decir, si federal o centralizado-, se eligió la forma federativa, por lo que el 4 de octubre de 1824, considerando dicha decisión, se expidió la primera Constitución del México Independiente (Carpizo, 1986) (10). En ésta, no fue incluida declaración alguna sobre los Derechos Humanos, sin embargo, se podían encontrar dispersas en el texto, algunas garantías individuales; sobre todo referentes al proceso penal.

Se dice que la Constitución Federal -por parte del Congreso Constituyente de 1824- no estableció un catálogo de Derechos Humanos porque imitaba el texto de la Constitución norteamericana (en Filadelfia se promulgó la Constitución y no se aludió en ella a los Derechos Humanos) (Madrazo, 1993, 130). Finalmente, no se alcanzó la estabilidad política que se esperaba con la

promulgación de la Constitución, debido a que el debate del federalismo contra centralismo se prolongaría por casi 40 años.

La vigencia de la Constitución Federal de 1824 duró muy poco, ya que se colapsó en el marco de la lucha de los grupos políticos en un Estado mexicano en proceso de formación. En 1835, el órgano legislativo conformado principalmente por integrantes del Partido Conservador, desconoció la Constitución de 1824 y, en su lugar, se decretaron 7 leyes constitucionales a las que se les conoce como la Constitución Centralista de 1836. La primera de estas leyes fue dictada el 15 de diciembre de 1835, y se trató de una declaración de Derechos Humanos y de obligaciones y deberes de los mexicanos. Entre ellas figuraban varias de las correspondientes al proceso penal, la forma en que deberían practicarse los cateos, la garantía de legalidad, la libertad de tránsito y la libertad de imprenta.

Además de reconocer estos derechos, se devolvieron los fueros y privilegios del clero, la milicia y las clases económicas más poderosas; a su vez, se infringió el principio de sufragio universal, el cual se velaba desde la Constitución de Apatzingán, y se acordó que los únicos que podían votar eran aquellos que supieran leer y escribir; asimismo, se aceptó como religión única, la católica (Tena, 1989). Finalmente, la vigencia de esta Constitución se consumó al firmarse las Bases de Tacubaya, el 28 de septiembre de 1841. En estas Bases se formuló la convocatoria para un nuevo Congreso Constituyente que se encargara de organizar a la nación de acuerdo a su criterio. El 10 de abril de 1842 tuvieron lugar las elecciones para dicho Congreso, y de éstas salió favorecida la mayoría de los liberales moderados. La Comisión formada por estos últimos, tenía mucha rivalidad con Santa Anna, y como aún seguían discutiendo acerca de la forma de gobierno, federalismo vs centralismo, la Comisión de Constitución no logró construir un proyecto único. No obstante, al proyecto oficial se agregó un voto particular elaborado por los señores Mariano Otero, Juan José Espinoza de los Monteros y Octaviano Muñoz Ledo.

Así, ninguno de los dos proyectos llegó a feliz término, debido a que el gobierno desconoció al Congreso, y para sustituir su trabajo conformó una Junta de Notables. Ésta, dictó *Las Bases de Organización Política de la República Mexicana* el 12 de junio de 1843; estas bases significaron un recrudescimiento del régimen centralista y anuló la declaración de Derechos Humanos de la Constitución de 1836. El 18 de mayo de 1847, durante la intervención norteamericana, otro Congreso Constituyente puso en vigencia nuevamente la Constitución Federal de 1824, añadiéndole algunas modificaciones mediante el Acta Constitutiva y de Reformas. Es decir, la constitución de 1824 no contenía un capítulo sobre Derechos Humanos, sin embargo el artículo 5° del Acta estableció:

“Para asegurar los derechos del hombre, que la Constitución reconoce, una ley fijará las garantías de libertad, seguridad, propiedad e igualdad de que gozan todos los habitantes de la República y establecerá los medios de hacerlas efectivas” (Madrazo, 1993, p. 130).

La Reforma

La Constitución de 1857 es lo que trajo el choque del México colonial con el México contemporáneo, es la consecuencia del debate de las ideas, el preámbulo de la lucha armada entre liberales y conservadores. Dicha carta constitucional resume el proceso dialéctico que llevaron a cabo los liberales, quienes contribuyeron con sus ideas a la tesis del cambio, del progreso y de la modernidad, y los conservadores, que opusieron la antítesis del retroceso y de la reacción, y también por los moderados, quienes en cuanto a pensamiento eran liberales, sin embargo se mostraban conservadores a la hora de actuar (Madrazo, 1993, p. 130).

Se dice que los liberales alzaron su voz “(...) en nombre de la soberanía del pueblo y con apoyo en ella reclamaron el principio del sufragio universal, negaron la legitimidad de los dictadores, condenaron los fueros eclesiásticos y militares, origen de la existencia de las castas superpuestas al pueblo y establecieron que el poder público es un servicio para la comunidad. Sostuvieron la idea de los derechos del hombre en toda su grandeza y en armonía con ella, postularon los principios de igualdad y libertad humana como la base inmovible de la vida social. En aplicación de esta idea de los derechos del hombre, exigieron la separación de la Iglesia y el Estado y las libertades de conciencia, de culto, de enseñanza, de pensamiento y de imprenta” (De la Cueva, 1957). Es así como, después del oscurantismo del constitucionalismo conservador, se llegó a una de las eras de mayor riqueza del constitucionalismo mexicano, a finales del siglo XIX. Esto se debió también, en gran parte, al cumplimiento del Plan de Ayutla, dictado el 1 de marzo de 1854. Para posteriormente instalarse en la Ciudad de México el último Congreso Constituyente, en 1857.

De los debates que surgieron en dicho Congreso, el que concierne a los Derechos Humanos fue de lo más importante, ya que acogía una de las más grandes manifestaciones sobre Derechos del Hombre que hasta ese momento había existido. Por primera vez se formuló un catálogo en serie de derechos a que todo ser humano debía tener acceso. Entre los Derechos Humanos que contenía dicha Constitución, están: la libertad de imprenta, de enseñanza y de cultos. No obstante, “a pesar de que la Constitución de 1857 se elaboró en una delicada coyuntura histórica, dentro de sus frutos se ubica la expresión liberal de la dignidad humana” (Madrazo, 1993, p. 130).

La Revolución

Con la promulgación de la Constitución de 1917, se inicia una nueva etapa en la historia del constitucionalismo mundial. México, con la primera declaración de derechos sociales del mundo, inaugura lo que se conoce como *Constitucionalismo Social*. Donde las garantías individuales no excluyen a las sociales, ni las sociales a las individuales, estas son complementarias entre sí. Evidencia que la libertad no se encuentra divorciada de la justicia social, sino que ambas son necesarias para el desarrollo de la dignidad del ser humano. Sin embargo, la incorporación de nuevos Derechos Humanos, en dicha Constitución, se daría posteriormente.

El 8 de julio de 1921 se publicó en el *Diario Oficial* la primera reforma constitucional sobre la constituyente de 1917. Hasta la actualidad esta ha tenido 375 modificaciones (Carpizo, 1992, p. 34), algunas de estas reformas han servido para fortalecer el régimen de los Derechos Humanos. Los principales Derechos Humanos que se han incluido sobre el texto original de la Constitución de 1917 son:

- a) La igualdad jurídica de la mujer y el hombre (artículo 4°, 31 de diciembre de 1974).
- b) La protección legal en cuanto a la organización y el desarrollo de la familia (artículo 4°, 31 de diciembre de 1974).
- c) El derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de los hijos (artículo 4°, 31 de diciembre de 1974).
- d) El derecho a la protección de la salud (artículo 4°, 3 de febrero de 1983).
- e) El derecho a la información (artículo 6°, 6 de diciembre de 1977) (Carpizo, 1992, p. 34-35).

3.4. Derechos sexuales y reproductivos

Uno de los grandes logros de la ONU, desde su creación, ha sido el establecimiento de convenciones, declaraciones o pactos (algunos vinculantes y otros no), que buscan garantizar mejoraras en las condiciones de vida de toda la humanidad, no solo en materia de guerra o desarrollo, sino en la búsqueda de la vida digna. Dentro de éstos instrumentos se encuentran aquellos que son relevantes en el proceso y reconocimiento del papel de la mujer en el mundo, por ejemplo: la Convención sobre Derechos Políticos de la Mujer de 1952 y la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial Contra la Mujer de 1979.

La lucha de las mujeres y sobre todo de las mujeres organizadas dentro del movimiento feminista, ha manifestado que dentro del reconocimiento de los Derechos Humanos se debe incluir la categoría de los derechos sexuales y reproductivos, como la forma de expresión de los sujetos a la libertad sobre sus cuerpos y a garantizar su salud, buscando un óptimo estado de bienestar tanto para mujeres como para varones, como lo establecen los principios de los de la Declaración Universal de los Derechos humanos. La preocupación de las mujeres feministas sobre este tema, se ha dado por los altos índices de mortalidad de este sector, sobre todo por causas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, como el cáncer cervicouterino, el cáncer mamario, los abortos clandestinos, las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), la violencia sexual, etc. (11). Pero también sobre la relación que se mantiene con los varones respecto a las conflictividades relacionadas con las mujeres.

Los derechos sexuales y reproductivos (12) no están separados de los DCP o de los DESC, pues ellos implican el derecho a la vida digna, a la libertad individual, a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, de opinión y expresión, a la equidad, al cuidado de la salud, información y educación, a tener acceso a los beneficios del progreso, a la privacidad e intimidad, a vivir

libre de violencia, sin discriminación de raza, sexo, estado social o edad. Evidentemente, y de acuerdo al proceso evolutivo de los derechos humanos, su definición ha ido incorporando progresivamente diversos alcances en nuevos Derechos, como los derechos sexuales y reproductivos, a través de los debates que se han producido en una serie de foros internacionales. Como hitos en dichos debates internacionales se encuentran:

- a) La Conferencia sobre Derechos Humanos de Teherán, 1968. En dicha oportunidad se estableció que constituye un derecho de las parejas el decidir el número de hijos y su espaciamiento.
- b) La Conferencia de Población de Bucarest, 1974, cuyo Plan de Acción Mundial de Población reconoce el papel del Estado en asegurar ese derecho, incluyendo la información y acceso a métodos de control de natalidad.
- c) La Conferencia del Año Internacional de la Mujer, México 1975. Reconoce en su declaración el derecho a la integridad física y a decidir sobre el propio cuerpo, el derecho a la opción sexual y los derechos reproductivos, incluyendo la maternidad voluntaria.
- d) La Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, de 1979. Constituye el primer tratado internacional que asegura la igualdad de acceso a los servicios de planificación familiar.
- e) La Conferencia Mundial Sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994. Incorpora los contenidos del manejo del rol procreativo, el acceso a información confiable, y a los servicios de salud reproductiva de calidad que incluyen la planificación familiar. De este modo se va ampliando el alcance de este derecho, rompiendo la visión tradicional y restringida de considerarlo ligado exclusivamente al ámbito de control de la fecundidad.
- f) La Conferencia Mundial Sobre la Mujer, Beijing 1995. Si bien no avanza significativamente en el desarrollo conceptual de este término, refuerza los logros de El Cairo al consagrar en uno de sus párrafos que los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre Derechos Humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso.

Por lo anterior, es evidente que la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo, es el parte aguas desde el cual se buscaría la satisfacción de las necesidades particulares de hombres y mujeres, más que el logro de objetivos demográficos. “Un elemento fundamental de este nuevo criterio consiste en dar a la mujer las armas necesarias para mejorar su situación y proporcionarle más posibilidades de elección mediante un mayor acceso a los servicios de educación y de salud y el fomento del desarrollo de las aptitudes profesionales y el empleo. En el Programa se aboga porque la planificación familiar esté al alcance de todos para el año 2015 o antes, como parte de un criterio ampliado en materia de derechos y salud reproductiva; se presentan estimaciones de los niveles de recursos nacionales y asistencia internacional que se necesitarán, y se exhorta a los gobiernos a que faciliten esos recursos” (ONU, 1994) (13).

El Programa de Acción incluye objetivos que se relacionan con la educación que busca prevenir la mortalidad infantil, los embarazos adolescentes, las ETS, así como el fomento de la información, la educación adecuada, la tecnología, la investigación y el desarrollo. Sus metas implican, además de lo anterior, el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, en particular la planificación de la familia y la salud sexual (14). Como se mencionó anteriormente, una de las consecuencias del debate en El Cairo, fue la consideración del ejercicio de la sexualidad independientemente de la intención reproductiva. La discusión referente al reconocimiento de la práctica sexual en estas condiciones obligó a los representantes gubernamentales a revisar el tema, el marco y los problemas ético-morales de su entorno. Se debatió a quién le correspondería impartir educación sexual. Durante la discusión principal, los grupos de derecha pretendieron confinar la sexualidad al ámbito de lo privado y así mantener el estatus de los valores existentes, pues el brindarle a la sexualidad una salida hacia la ciencia implicaría el riesgo de reconocimiento de las relaciones sexuales, sin fines reproductivos. Designó a los padres de familia como los únicos responsables. Sin embargo, la propuesta de la derecha no prosperó, y se reconoció al Estado como el responsable de la educación sexual de las y los jóvenes. No obstante, es importante señalar que en dicha Conferencia, no se estableció claramente el tipo de esta educación sexual.

Posterior a la Conferencia de El Cairo, se consideró que las propuestas feministas podrían avanzar más, tras los logros obtenidos. Pensaron que para la Conferencia Mundial sobre la Mujer, llevada a cabo en Beijing en 1995, no sólo se debía profundizar en la educación sexual, sino en la inclusión del concepto de derechos sexuales, y en el reconocimiento de la orientación sexual. Los logros obtenidos ahí fueron importantes en materia del reconocimiento de que los derechos de las mujeres son también Derechos Humanos y la mención sobre la necesidad de atención a la salud sexual y reproductiva. Se reconoció la libertad de las mujeres para ejercer su sexualidad, aunque no quedó plasmado el concepto de derechos sexuales, es decir, la definición permaneció en los planos ético y moral, sin trascender al legal-formal.

En distintos espacios se ha reconocido que las metas planeadas desde 1994 a la actualidad, en muchos sentidos, no se han logrado. En gran parte, debido a lo mencionado anteriormente por Foucault, sobre la idea de una sexualidad fincada en la reproducción, regulada y controlada, y sobre todo, por la forma en que la modernidad ha definido el discurso alrededor de ésta. También, debido a que los programas instrumentados para disminuir la tasa de fecundidad en el mundo se dirigieron, básicamente, a las personas contenidas en el marco conyugal. Ambas razones constituyen una manifestación muy clara del lugar ocupado por la sexualidad en las políticas públicas. El crecimiento demográfico no puede ser controlado únicamente a través de la instrumentación exclusiva de políticas, programas y acciones poblacionales para mujeres casadas (Gargallo, 2000, p. 59), además, el discurso emitido hacia las generaciones actuales y las venideras debe ser modificado en el ánimo de combatir conductas y actitudes que no permiten atender las recomendaciones de los

distintos Programas internacionales en materia de Derechos Sexuales y de Salud Sexual.

En México, todavía en el año 2000 se mantenía el debate acerca de la aceptación o no, de los Derechos Sexuales. Profesionales de la conducta han defendido únicamente la existencia de los derechos reproductivos, y rechazado la de los sexuales (Careaga, 2000, p. 13). Por tal motivo, a finales de 2001 el movimiento de mujeres organizadas le planteó al Presidente de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), la necesidad de que esta institución reconociera la Declaración de Tlaxcala (15), resultado del Foro Nacional de Jóvenes por los Derechos Sexuales celebrado en año 2000. A raíz del cual, la CNDH y varias organizaciones civiles conformaron el comité de la Campaña Nacional por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes: Hagamos un Hecho Nuestros Derechos, que posteriormente elaboraría una Cartilla de Derechos Sexuales Juveniles en el 2003 (Demisex, 2004) (16).

Las organizaciones civiles y la CNDH, se dieron a la tarea de buscar el sustento legal de la Cartilla en la Constitución Mexicana, con el fin de que los derechos en ella incluidos, pudieran ser exigibles y exigidos por las y los jóvenes. El trabajo se efectuó en el transcurso del año 2002, y contó con la suscripción de 100 organizaciones civiles de todo el país. Así, el 24 de enero de 2003 se concluyó la presentación de la Cartilla y se presentó formalmente en la CNDH. De la Cartilla se desprende un listado de Derechos Sexuales y Reproductivos desarrollados con la finalidad de sustentar teóricamente su incorporación a instrumentos que logren legitimar su promoción y defensa:

- a) El derecho de todos los individuos y parejas a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos, y disponer de información para ello.
- b) El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.
- c) El derecho a plantear decisiones sin sufrir discriminación, coerciones y violencia.
- d) El derecho a una sexualidad exenta de miedos, vergüenzas, culpas, falsas creencias, tabúes y otros factores culturales que la prohíben e inhiben. Normalmente se ignora la relación de éstos con la expresión de la sexualidad.
- e) El derecho al ejercicio libre de las orientaciones sexuales, ajeno a toda discriminación. Se utiliza en plural –es decir, orientaciones sexuales– para colocar el concepto en su justa medida, reconociendo la diversidad de orientaciones existentes; entre ellas, está la heterosexualidad.
- f) El derecho a la salud sexual, a la información y al uso de servicios asequibles, que ofrezcan trato humanitario, calidad médica y confidencialidad, que garanticen una vida sexual donde la enfermedad prevenible y curable no tenga sitio. Desde el principio, este derecho enmarca a la salud, pues el término “derechos sexuales” no se puede orientar hacia un sólo aspecto.
- g) El pleno respeto a la integridad física del cuerpo humano.
- h) El derecho a adoptar decisiones relativas a la sexualidad sin sufrir discriminación, coerción y violencia.

- i) El derecho al ejercicio de la sexualidad independientemente de la reproducción. Esto pareciera también reiterativo, pero es importante señalar la independencia de la sexualidad con respecto a la reproducción. Aunque muchas personas no aceptan el término „independientemente“, por la relación existente. Todas las esferas de la vida de las personas están vinculadas, pero tienen su propia dimensión; eso es lo que habríamos de recuperar con respecto a la sexualidad.
- j) El derecho a conocer y explorar el propio cuerpo y sus genitales. Al estar muy estigmatizada la exploración corporal, se le debe enfatizar como parte de la necesidad de expresión corporal durante las diferentes etapas de la vida.
- k) El derecho al ejercicio de la sexualidad independientemente del estado civil.
- l) El derecho a disfrutar de la sexualidad independientemente del coito (Careaga, 2000, p. 14).

Las diferencias entre jóvenes, se definen también por el tiempo que dedican a estudiar, trabajar, o ambas, si migran, si permanecen en casa, o si han hecho de la calle su espacio de recreo, de entretenimiento o de trabajo. Las decisiones que tomen respecto a ello, incluido el inicio de la vida sexual o formar una familia, se relacionaran directamente con las opciones de vida que perciban posibles para ellas y ellos, así como los instrumentos de que dispongan relacionados con información, educación y autonomía para tomar decisiones razonadas y asertivas en su propio beneficio (Zuñiga, 2008).

Actualmente las y los adolescentes en México continúan enfrentándose a graves problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, en general están expuestos a riesgos importantes, están poco informados y su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar, es limitado. Como resultado de ello, son el grupo de población más vulnerable ante las ITS, como el VIH y el SIDA, así como los embarazos no deseados. El tema de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, aun cuando es un tema importante en el ámbito internacional y las organizaciones de la sociedad civil, tanto locales como internacionales, trabajan a marchas forzadas frente a la problemática generando herramientas como la Cartilla descrita en el marco de los Derechos, sus esfuerzos se quedan cortos. Se encuentran con la falta de interés y la poca coordinación que se puede tener con instancias oficiales. No obstante, la lucha debe darse, el esfuerzo debe hacerse y las metas u objetivos que se tienen claros, obligan a la búsqueda del trabajo en conjunto para lograr cambios tanto sobre los Derechos, como sobre la salud sexual y reproductiva.

Notas

1. Debemos aclarar aquí, que en el estado emocional del adolescente, un cambio es una pérdida a la que se debe guardar luto.
2. El reflejo del discurso construido en los siglos XIX y XX respecto a la sexualidad se muestra dentro de estas estructuras de regulación.
3. Es obligatorio recordar que la afinidad de la que se habla en este punto es sexual, así que dependiendo de la orientación de cada niño o niña, será hacia donde este dirigida su atracción.

4. La soledad no es exclusiva de aquellos que físicamente están solos; sino también puede darse cuando una persona está rodeada de una multitud.
5. Los datos encontrados en INEGI son rangos de edad partidos. El total de la población de entre 10 y 14 de años es de 10,952,123, de los cuales 5,545,910 son hombres y 5,406,213 son mujeres. La población de entre 15 y 19 es de 10,109,021 habitantes de los cuales 4,995,906 son hombres y 5,113,115 son mujeres.
6. Para el caso del DF aplicará igual. Hay un total de 704,950 habitantes en un rango de 10 a 14 años de edad, de los cuales 357,106 son hombres y 374,844 son mujeres. Y Dato complementario, la población del DF que oscila entre los 15 y 19 años es un total de 740,280 habitantes, de los cuales 368,042 son hombres y 372,238 son mujeres.
7. Aun cuando, como se dijo anteriormente, el Derecho moderno toma de ambas corrientes filosóficas los elementos necesarios para construir y positivizar la ley.
8. Es hasta 1537, y a petición del primer Obispo de Tlaxcala, que el papa Pablo III declaró un "Breve" en el que reconoció que "(...) los indios occidentales y meridionales, así como los otros pueblos cuya existencia ha llegado recientemente a nuestro conocimiento, bajo el pretexto de su ignorancia de la fe católica, (...) constanding que esos mismos indios en su calidad de hombres verdaderos (...), son aptos para acceder a la fe cristiana, decretamos y proclamamos lo que sigue: dichos indios y todos los otros pueblos cuya existencia pueda venir con posterioridad al conocimiento de los cristianos, aunque estén fuera de la fe, no son y no deben ser privados de su libertad y de la posesión de sus bienes; al contrario, pueden libre y lícitamente usar y gozar de esa libertad y posesión, y no deben ser reducidos a servidumbre"
9. En el resto del capítulo V, se hace referencia a un catálogo de Derechos Humanos, el cual se expuso de manera brillante hasta el 5 de febrero de 1857. En ésta se incluían los siguientes derechos: igualdad ante la ley, garantía de audiencia, principio de legalidad, garantías del proceso penal, libertad de expresión, libertad de imprenta, inviolabilidad del domicilio, derechos de propiedad y posesión.
10. Con esta constitución, nace la nacionalidad mexicana. Resulta oportuno indicar que la materia de Derechos Humanos era considerada propia de las legislaturas locales, por lo que en varias constituciones de las entidades federativas de la época se desarrollaron amplias declaraciones de Derechos Humanos. Destacaron las de Jalisco y Oaxaca. Estas son las primeras declaraciones de Derechos Humanos de México en tanto que Estado Independiente.
11. Como ejemplo se puede citar que en México existe un promedio de 850 000 casos de abortos inducidos cada año, así como un promedio de 800 nuevos casos de ETS al día. Cifras y datos sobre la salud reproductiva. Informe elaborado por GIRE (1997).
12. Los derechos reproductivos se refieren básicamente a que tanto las mujeres como los hombres tienen la capacidad para controlar sus vidas reproductivas, en el goce de su sexualidad.
13. 179 países participaron en la creación de un Programa de Acción sobre Población y Desarrollo para los próximos 20 años.
14. Las recomendaciones que resultaron del Programa de Acción no son vinculantes y por tanto, los gobiernos pueden o no comprometerse con las metas del Programa. Los que no lo hacen argumentan que no cuentan con los recursos económicos para generar estrategias de promoción de lo estipulado en el Programa de Acción.

Capítulo IV

4.1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

Como se vio en capítulo III, los Derechos Sexuales y Reproductivos son también Derechos Humanos universales, que se basan en la libertad, la dignidad e igualdad, inherente a todos los seres humanos. Estos Derechos tienen como principal objetivo que todas las parejas y personas, mujeres y hombres, jóvenes o más pequeños, alcancen el grado más alto de salud reproductiva y sexual (Plan de Acción Mundial sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994). En el mismo capítulo se dijo que la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano y que el desarrollo pleno de ella es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social de cada una y cada uno. Además, dado que la salud es un Derecho Humano fundamental, la salud sexual y reproductiva es considerada también fundamental, como lo dice el Plan de Acción de El Cairo.

La salud sexual y reproductiva se refiere al estado de bienestar de hombres y mujeres para tener una vida sexual placentera y segura. Permite tomar medidas preventivas para disminuir posibilidades de embarazos no deseados y Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (Vanegas, 2003). De acuerdo con Zimmerman (1998), la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y potencien la personalidad, la comunicación y el amor (Vanegas, 2003).

A su vez, Alcalá (1994) considera que la salud reproductiva se refiere a un estado de bienestar físico, mental y social; no significa solamente la ausencia de la enfermedad, implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de infecciones, ni de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Las pautas de comportamiento sexual determinadas por cada sociedad para ser ejecutadas por sus miembros, tendrán una mayor relevancia durante la adolescencia, ya que son determinantes para el resto de su vida adulta (Vanegas, 2003). Dichas pautas repercutirán en el futuro individual, familiar, social y económico de cada uno de ellos, así como en materia de salud. Sin embargo, un elemento que se visibilizó anteriormente, tiene que ver con las conductas restrictivas y controladoras de los sistemas actuales y que estas no han garantizado, hasta ahora, un fortalecimiento digno de la salud de las personas, y menos, en materia de prevención y cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Aun ahora, y tal vez con mayor riesgo, la población adolescente de México debe sortear una serie de complicaciones propias de su generación, entre las que se pueden mencionar la pobreza, la inequidad de género, la violencia, el maltrato familiar y social, el abuso sexual, la educación inadecuada e insuficiente (incluso la falta de acceso a una educación formal), la desintegración familiar, el desempleo y/o subempleo, la información sexual indiscriminada e inadecuada debido a los medios de comunicación (que en la mayoría de los casos está alejada de valores básicos) (Monroy, 1997, p. 21), la

construcción de estereotipos como el machismo y el valor que se da a la mujer en su rol de madre y al varón en su rol de padre, y en la actualidad, la falta de un proyecto de vida para ambos sexos.

En general, la sociedad en su conjunto pasa por un momento de crisis estructural. Reconstruir las necesidades fundamentales y reales de las personas, debe ser una tarea de todas y todos. Por eso, resulta importante comenzar desde ésta trinchera, la que considera la salud sexual y reproductiva un elemento fundamental para las civilizaciones actuales, debido a que definirá la clase de sociedad que se heredará a las siguientes generaciones y definirá también el futuro de la especie. La herramienta será los Derechos Humanos, sobre todo los Derechos obtenidos para garantizar el cuidado y protección de la salud y la reproducción, y sus condiciones.

Es importante identificar los factores más importantes, que de manera directa, influyen en la salud sexual y reproductiva, estos son: la edad del inicio de las relaciones sexuales, el uso adecuado de métodos anticonceptivos y del preservativo (debido a que si las relaciones sexuales no son protegidas las y los adolescentes están expuestos a embarazos no intencionados ni deseables, debido a edades tempranas, que los hacen embarazos de alto riesgo, teniendo también riesgos frecuentes de abortos, así como de ITS y VIH/SIDA), y la edad del matrimonio o unión (Monroy y otros, 1987). Éstos agentes evidencian la realidad de las y los adolescentes, que tiene que ver con que tienen relaciones sexuales independientemente del control y las restricciones sociales, sometiéndolos a prácticas de riesgo tanto de embarazos, como de ITS (Vanegas, 2003).

El Plan de Acción de El Cairo, generó una nueva visión que dio un gran impulso para la incorporación de contenidos de salud sexual y reproductiva en curriculum escolar oficial de educación básica, y para abrir nuevos programas de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en diversas instituciones públicas y también, en la formulación de reformas jurídicas, leyes federales, normas y reglamentos en la materia, fue hasta el 2004 que en México, se logro que la Plataforma de El Cairo contara con una implementación más concreta.

Los avances que en México se han dado en torno a la protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos, han sido a través de reformas al marco jurídico nacional; se cambió el primer artículo constitucional, se publicó una Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y la Norma Oficial Mexicana sobre los servicios de planificación familiar. Respecto al artículo primero de la Constitución (1), incluye de forma específica, la no discriminación por edad, género y preferencia sexual, reconoce el derecho a la educación en sexualidad y el acceso a los servicios de salud reproductiva como medidas que permiten la igualdad y la no discriminación (2). La Norma Oficial, enfatiza los servicios de Consejería a todas las personas en edad reproductiva e introduce el uso del condón femenino y la anticoncepción de emergencia, que se promueven actualmente a través de los servicios públicos de salud, aunque con complicaciones (Diario Oficial de la Federación, 2004). El marco legal que se ha desarrollado para proteger los Derechos Sexuales y Reproductivos y

garantizar la salud sexual y reproductiva tiene que ver, principalmente, con el Derecho a la información y a la educación sexual que en cierta medida se han logrado difundir entre las y los adolescentes aunque aun de manera insuficiente e ineficiente.

Actualmente, se han logrado generar redes, colectivos y comités de jóvenes que buscan les sea garantizado lo escrito en las leyes mexicanas. Se ubican programas federales como la impulsada por el DIF Nacional sobre educación sexual, que tiene un enfoque conservador basado en la abstinencia que difiere en mucho de la realidad concreta de los adolescentes. En contraposición, un conjunto de instituciones públicas y organizaciones se han dado a la tarea de hacer una revisión de los programas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes con el propósito de mejorar la calidad de los servicios e impulsar con mayor fuerza. El estudio de esta posibilidad demostró las dificultades para la asignación de recursos humanos y materiales, la falta de espacios de análisis y discusión, la integralidad de los servicios y la formación de especialistas en la atención de la salud sexual y reproductiva. Otro cambio favorable se puede ubicar dentro del IMSS, un programa conocido como *Los caminos de la Vida* dirigido a jóvenes del medio rural. Desde la Dirección de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, se ha desarrollado una carpeta informativa sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. También, distintas organizaciones civiles, a través del Consejo Consultivo Ciudadano para la Política de Población, han participado en la búsqueda de una Reforma a la Ley General de Población y sobre la Reforma a la Educación Básica.

Sobre la primera, se propone incluir el enfoque de salud reproductiva, el de género y el Derechos Humanos. En cuanto a la segunda, se busca integrar un grupo de trabajo con la participación formal de funcionarios de la Dirección de Materiales y Modelos Educativos de la SEP, el Consejo Nacional de Población y el Consejo Consultivo Ciudadano para la Política de Población, con la finalidad de que éstos analizaran la reforma propuesta y la revisión a la asignatura de Formación Cívica y Ética. La reforma propuso cambios importantes, que podrían tener repercusiones negativas sobre la continuidad y el tiempo asignado al desarrollo de estos contenidos, en particular a los que aluden a la salud sexual y reproductiva, dentro de esta asignatura.

Lo que es evidente, es que cada vez son más necesarias las políticas públicas articuladas que marquen las pautas que impulsen acciones conjuntas entre organismos públicos, por ejemplo, entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública. La promoción de la prevención y la salud sexual y reproductiva debe ser prioridad dentro de las escuelas, así como dentro de cualquier espacio donde se concentren jóvenes adolescentes. La promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos debe ser, también, una de las prioridades de toda instancia que busque un mejor y más sano futuro para ellos.

4.2. Prácticas y conductas en salud sexual y reproductiva en la población adolescente

De acuerdo con el INEGI, en el 2008, se registraron 2,636,110 nacimientos en todo el país, 42.48% de ellos se dieron en población adolescente. Solo en el D.F. se registraron 160,022 nacimientos, de los cuales 38.75% de ellos se dio en mujeres adolescentes (INEGI, 2005). Según Gálvez (2002), cada año se incrementa la cantidad de abortos, resultan nuevos casos de ITS y las notificaciones de seropositivos entre la población más joven va en aumento considerable, por lo que es evidente la necesidad de generar estrategias de prevención, así como de generar herramientas jurídicas que promuevan y defiendan sus derechos (p. 48).

El embarazo no planeado así como el contagio de ITS, incluyendo el SIDA, representan un grave problema de salud a nivel mundial (Fondo de Población de las Naciones Unidas). El embarazo no planeado en la adolescencia, se asocia con conductas tales como el inicio temprano de relaciones sexuales y el uso inconsistente de métodos anticonceptivos incluyendo el condón (Pérez de la Barrera y Pick, 2006, pp. 333-340). Se sabe que uno de los problemas más graves por los que pasan las y los adolescentes tiene que ver con sus prácticas sexuales, que son definidas por sus conductas y actitudes. Se sabe también que con el uso correcto de los distintos métodos de prevención de embarazos e ITS, se generan prácticas y actitudes adecuadas.

Según la investigación de Pérez de la Barrera y Pick (2002), en lo concerniente a la anticoncepción, “se ha encontrado que sólo poco más de la mitad de los jóvenes mexicanos que tienen relaciones sexuales, usan métodos anticonceptivos; siendo los más comunes el condón en los hombres (42.2%); y para las mujeres el DIU (15.4%), el condón (11%) y la píldora (9.5%) (...). Asimismo, se ha visto que la gran mayoría de los jóvenes mexicanos no toman precauciones para prevenir el embarazo ni las ITS durante sus primeros actos sexuales (...). Entre los factores que favorecen el uso de anticoncepción durante la primera relación sexual, se han identificado el género (los hombres los usan 4 veces más que las mujeres) y la escolaridad, (a mayor escolaridad, mayor uso de anticoncepción) (...). En contraparte, entre los factores que dificultan el uso de anticoncepción se encuentran: el desconocimiento de los métodos anticonceptivos y/o sus formas adecuadas de uso; creencias negativas asociadas con su uso (...), y la falta de planeación en las relaciones sexuales (...)” (pp. 333-340). En la misma investigación encontraron que los factores que favorecen el uso de métodos anticonceptivos se ubican dentro de algunos de los componentes mencionados en el capítulo sobre las actitudes, estas son: creencias positivas hacia los métodos y la habilidad de comunicarse asertivamente con la pareja sexual y de negociar el uso de anticoncepción (Pérez de la Barrera y otros, 2006, pp. 333-340). Las conclusiones de esta investigación dicen que la si las y los adolescentes no usan o usan muy poco los métodos anticonceptivos, tiene que ver con un nivel bajo de conocimientos sobre el tema, con creencias erróneas asociadas a éstos y con carencias de habilidades para implementar el uso.

4.3. Estrategias positivas para la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes

Desde hace varias décadas, se ha identificado a la educación sexual integral como una importante base en el ejercicio de una sexualidad sana, responsable y libre de riesgos en poblaciones jóvenes, esto según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993). En años recientes, se han utilizado diversas aproximaciones para facilitar la adquisición de conocimientos sobre sexualidad en adolescentes y se ha identificado, que para poder reducir las conductas sexuales de riesgo, es necesario proporcionar información clara y objetiva sobre sexualidad, así como formar a los adolescentes en habilidades que les permitan resistir las presiones que los llevan a ser sexualmente activos sin protección.

Infecciones Sexualmente Transmisibles

De acuerdo con Gallotti (2000) las ITS “son un grupo de dolencias infecciosas, causadas por diferentes tipos de microbios, como bacterias, virus, parásitos y hongos, cuyo denominador común es que se contagian preferentemente durante las relaciones sexuales” (p. 14), y el mecanismo es el intercambio de fluidos. También, pero en menor medida, se contagian por medio de las transfusiones sanguíneas y por las inyecciones intravenosas en drogadictos. Una gran parte de estas infecciones se centran en los genitales de ambos sexos, pero en algunos casos, también pueden verse afectados otros órganos o zonas, como el hígado, el intestino, las articulaciones, el sistema inmunológico, etcétera. A su vez, hay datos que demuestran que la mayoría de los casos se dan en personas con una edad entre los 15 y los 30 años (Gallotti, 2000, p. 14), esto es debido a que la información con la que cuentan los adolescentes y jóvenes acerca de este tema es confusa, relacionada más con el miedo que con la prevención (Aguilar y otros, 2002, p. 34).

Estas infecciones han existido desde el inicio de la humanidad y han causado millones de muertes, ya que no hay vacunas para prevenirlas y además no respetan género, raza, religión, posición social, ni edad, ya que incluso recién nacidos pueden infectarse in-útero o al atravesar el canal del parto. Todas las infecciones relacionadas son consideradas como enfermedades sociales, ya que van unidas a prejuicios, información equivocada, miedo, vergüenza, culpa e ignorancia, aumentando el problema y dificultando la prevención, diagnóstico y tratamiento (Aguilar y otros, 2002, p. 34)). Aunado a esto, las pruebas de laboratorio específicas que detectan algunas de las ITS resultan costosas, lo cual supone que no todas las personas infectadas tienen la posibilidad de un buen diagnóstico, y mucho menos la población adolescente (Olivares, 2003, p. 30). Por lo tanto, es relevante considerar que la prevención de las ITS es más importante que ahondar en la epidemiología, el diagnóstico y el tratamiento adecuado de cada una de ellas.

Es necesario hacer énfasis en que la mayoría de estas infecciones son tratables y curables, pero si se diagnostican a tiempo. Asimismo, deben tener en cuenta que algunas de ellas no presentan sintomatología visible en las etapas iniciales. Según Kuri y Manchaeta (2000), es importante promover el

autoconocimiento para así poder detectar cambios que se dan en el cuerpo, ya que si no se tiene el conocimiento del estado natural, no se podrá percibir una alteración o cambio, sea en las características del flujo o escurrimientos, enrojecimientos o protuberancias, para poder hacer detección oportuna, y de ser posible evitar deterioros importantes en el estado de salud del sujeto para así responsabilizar al individuo de su persona y sus conductas (Vanegas, 2003).

Según Rizo (1989), los principales síntomas de las ITS son:

- Ardor o dolor al orinar.
- Secreción no común (del pene o la vagina).
- Ulceraciones o alguna otra lesión, cerca o en las partes del cuerpo que hayan sido involucradas en el contacto sexual (los genitales, boca, mano).
- Molestia o comezón en los órganos genitales o a su alrededor.
- Inflamación de las ingles o partes altas de los muslos
- Orinar con color oscuro.
- Comezón excesiva o ronchas en el área genital.
- Cólicos o molestias abdominales.
- Fiebre acompañada de un estado de salud enfermizo.
- Lesiones en la piel o en la región, que aparecen y desaparecen continuamente (Olivares, 2003).

A continuación se mencionarán y explicarán brevemente algunas de las ITS más comunes, ya que de acuerdo con Rizo, éstas constituyen un grupo de más de 20 enfermedades. No obstante, solo se describirán algunas de ellas, de manera general, con la finalidad de aclarar cuáles son, cuáles son sus síntomas y la forma de transmisión.

Sífilis

La sífilis (Rodríguez, 1992) es causada por una bacteria llamada *Treponema Pallidum*, la cual muere rápido fuera del cuerpo y para que pueda ser contagiada, es necesario que haya alguna herida o rozadura. Vive muy bien en áreas mucosas como la boca, los genitales y el recto. Su período de incubación es de aproximadamente tres semanas después de la infección; al término de éstas, brota una lesión llamada *chancro* en el sitio de penetración del *treponema*, la cual semeja una úlcera. Ésta puede pasar inadvertida, ya que no provoca dolor ni secreción; la lesión dura de 3 a 6 semanas, después de las cuales desaparece aparentemente, aún sin tratamiento, pero la verdad es que se hace latente. Es en este momento en que se puede examinar al microscopio un poco de material de la lesión para diagnosticar. Si a pesar de esto no es detectada, la enfermedad evoluciona a una sífilis secundaria, etapa en la que son afectados la piel, los ganglios y las mucosas. Si en este lapso se aplica tratamiento, la sífilis desaparece, de lo contrario, vuelve a hacerse latente y antes de dos años de iniciada la enfermedad aparecerán síntomas de nuevo. Este período es llamado relapso.

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

Como ya se mencionó anteriormente, esta enfermedad puede transmitirse durante el embarazo por medio de la placenta; si es el inicio de la gestación, pueden ocurrir abortos, pero en etapas más avanzadas del embarazo provoca lesiones en el feto, como: alteraciones en los dientes, cicatrices en la piel, lesiones en los huesos de la nariz, en el paladar y en algunos casos puede haber sordera y ceguera.

Gonorrea

Este padecimiento afecta los tejidos urinarios y genitales, llegando a enfermar los ojos y los órganos genitales internos. El microbio que lo causa se llama *Neisseria gonorrea*, o *gonococo* (Rodríguez, 1992). Su período de incubación es de 3 a 7 días. A los varones les provoca dolor y ardor al orinar, acompañados de una secreción purulenta y amarillenta. En las mujeres por lo regular es asintomático –en un 80%–; cuando hay signos de enfermedad, estos son: flujo o descarga purulenta acompañada de irritación vaginal o dolor al orinar. Si no es tratada médicamente de inmediato, puede producir otros problemas y afectar órganos internos a ambos sexos, y en última instancia, provoca esterilidad.

Chancro blando

Se le asignó este nombre debido a su semejanza con el chancro sifilítico; lo que las diferencia es que esta lesión presenta expulsión de secreción y dolor. El microbio que lo provoca es llamado *Hemophilus ducrey*. Al quinto o sexto día de ocurrido en contagio, aparecen los síntomas en los genitales; hay presencia de llagas pequeñas muy dolorosas y salida de material purulento, acompañados de inflamación de los ganglios linfáticos inguinales (Rodríguez, 1992).

Herpes genital

El virus que causa esta enfermedad es llamado *Herpes Simple* tipo 2. Este padecimiento sólo se contagia mediante el acto sexual o durante el parto. Los primeros síntomas aparecen de 2 a 30 días después del contagio. Sin embargo, algunas personas pueden no presentar signos de la enfermedad. El herpes genital tiene un período de latencia (sin síntomas) y ataques repetidos en que aparecen lesiones en el área genital o en la boca, si ésta se ha empleado para el contacto sexual. En el varón brotan vesículas muy dolorosas de contorno rojizo en el glande o en el cuerpo del pene. La mujer muestra descamación e inflamación de la zona genital y las vesículas suelen aparecer en la vulva y el cuello del útero. Estos síntomas pueden durar semanas; brotar por períodos y desaparecer por períodos cortos; y reaparecer a las pocas semanas en el mismo lugar o en muslos, glúteos o pelvis; durante años.

Esta enfermedad no es curable; lo único que puede hacerse es un tratamiento sintomático para controlar el dolor (con analgésicos), mejorar la higiene corporal, emplear preservativos y realizar cirugía reconstructiva. Cuando la persona infectada está embarazada, durante los primeros meses aumenta el riesgo de aborto. Puede contagiarse al hijo o a la hija durante el parto, o también puede originar problemas de carácter psicológico, como el aislamiento social, baja autoestima, agresividad e inseguridad (Pick y otros, 1995).

Vaginitis monilial

Esta enfermedad la ocasiona un hongo microscópico conocido como *Monilia o Candida Albicans*. Aún no se ha establecido un período de incubación para este hongo, y la aparición de signos es variable; algunas mujeres mencionan que éstos se incrementan en los días que preceden al período menstrual. Este padecimiento se presenta en mujeres por lo regular, pero los varones también pueden contagiarse al tener contacto sexual con una mujer contagiada. Los síntomas en la mujer son comezón, escoriaciones y ardor intenso en los labios menores, flujo espeso con aspecto de leche cuajada. En los varones hay comezón e inflamación del glande.

El hongo se presenta por lo general sin ocasionar molestias en la boca, la vagina o el recto; y se puede contagiar por usar toallas de una persona infectada o después de haber tomado antibióticos o anticonceptivos orales, ya que la ingestión de medicamentos puede modificar la flora de la vagina y hacerla más susceptible a la proliferación del hongo. El principal problema de la enfermedad es que tiende a repetirse con frecuencia. En los bebés que son contagiados al pasar por la vagina de la madre infectada, aparece infección en la boca y la garganta (Pick y otros, 1995).

Ladilla

Se trata de un insecto muy pequeño que vive en las regiones vellosas del cuerpo, concretamente en el vello genital. Éste tarda en desarrollarse de una a cuatro semanas después del contagio; además del contacto sexual, se puede contagiar por contacto con camas, ropas, baños y toallas que hayan sido utilizadas por alguien que padezca esta enfermedad. Para combatirla, basta con lavar el área con una preparación insecticida especial que destruya tanto a piojos adultos como a sus huevos (Pick y otros, 1995).

SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un padecimiento causado por el virus HIV-1 (Virus de Inmunodeficiencia Humana); el cual daña al sistema inmunológico. Se trata de una enfermedad mortal, la cual inicia con síntomas y signos poco específicos y puede tardar en desarrollarse hasta 10 años o más (González, 2001) (3). Resulta importante mencionar aquí cuál es la diferencia entre una persona VIH positiva y una persona con sida. La primera, que también se le llama seropositivo, es cuando se está infectado o infectada con el VIH y, aunque puede contagiar a otras personas, parece estar sana. Una persona con SIDA, es aquella que se encuentra en las últimas etapas de la

enfermedad y presenta todos los síntomas característicos de enfermedades oportunistas en la fase final (Velasco, 2002, p. 95.).

Para diagnosticar la enfermedad, se emplea un análisis de laboratorio con una prueba conocida como *ELISA*, por medio de la cual se detecta la presencia del virus en los fluidos internos (González, 2001). Ésta prueba es muy sencilla y económica y, en caso de resultar positiva, se hace una prueba confirmatoria llamada *Western Blot*. Ésta no se hace de primera instancia porque es mucho más costosa. Existen otras técnicas de diagnóstico; sin embargo, no son tan específicas ni tan efectivas como las ya mencionadas. El VIH es altamente contagioso si se está expuesto a los siguientes cuatro líquidos que se encuentran en los cuerpos humanos:

- Semen
- Secreciones vaginales
- Leche materna
- Sangre

Es importante aclarar que el VIH se ha encontrado en saliva, lágrimas, orina y sudor, éstos no se consideran líquidos infectantes, debido a que hay una cantidad mucho menor del virus, y por lo mismo es prácticamente imposible que infecten a otra persona.

Asimismo, es esencial dejar claro las maneras en las que se puede y no puede, transmitir el VIH/SIDA. Sí se puede por:

- Transmisión sexual: el VIH/sida puede transmitirse sexualmente por tener relaciones orales, anales o vaginales.
- Transmisión parenteral (por vía sanguínea): el VIH/sida puede transmitirse por transfusiones sanguíneas de sangre contaminada, hemoderivados (como el plasma), trasplantes de órganos contaminados, al igual que el uso de agujas y jeringas contaminadas (debido a que el virus puede sobrevivir por breves momentos en un medio sin oxígeno).
- Transmisión perinatal (alrededor del nacimiento): el VIH/sida puede transmitirse antes, durante o después del nacimiento (a través de la placenta, durante el nacimiento, en el parto o en la lactancia).

Por otra parte, el VIH no se transmite por medio de:

- Picadura de insectos.
- Navajas de rasurar y cepillos de dientes (a excepción de que haya sangrado. Se recomienda no compartir estos utensilios personales).
- Contacto casual de persona a persona.
- Por alimentos.
- Por agua.
- Por el uso de sanitarios (inodoros) compartidos.
- En albercas.
- Por sudor.
- Por lágrimas.
- Por abrazarse, tocarse, bailar, tomarse las manos.

- Por compartir o tocar equipos en los gimnasios, teléfonos, audífonos, timbres, máquinas de escribir, toallas, dinero, manijas de puertas, platos, cubiertos, etc. (Velasco, 2002, p. 97)

Se ha encontrado que la distribución del VIH alrededor del mundo sigue determinados patrones epidemiológicos, dependiendo del área geográfica. Esto es importante, ya que puede dar la pauta para saber qué tipo de actividades de prevención y de tratamiento deben realizarse. Estos patrones son los siguientes:

- Patrón I: Es característico de Norteamérica, Europa Occidental, Australia y Nueva Zelanda. En estos lugares la mayoría de los casos de VIH/SIDA ocurren en homosexuales o bisexuales, así como en personas que utilizan drogas intravenosas. Sin embargo, cabe mencionar que este patrón está cambiando, puesto que cada vez es más frecuente la transmisión entre heterosexuales.
- Patrón II: Es típico de la parte inferior de África y de algunas partes del Caribe. La mayoría de los casos se dan entre heterosexuales y, por lo tanto, la transmisión perinatal también es más frecuente. También ocurre por transfusiones de sangre, aunque en menor grado. La transmisión por vía intravenosa (drogas) es muy baja.
- Patrón I/II: En muchos países latinoamericanos, desde mediados de los 80, la transmisión entre heterosexuales con muchos compañeros sexuales ha aumentado a tal grado que este modo de transmisión se ha vuelto predominante. Por esta razón, Latinoamérica se ha reclasificado como un patrón I/II.
- Patrón III: Es característico del norte de África, en Europa Oriental, el Este Mediterráneo, Asia y en la mayor parte del área del Pacífico. En estas áreas, parece ser que el VIH/sida se introdujo a mediados de los ochenta y se han reportado menos casos de VIH/SIDA; tanto de transmisión heterosexual como homosexual. Parece ser que los casos fueron reportados como resultado del contacto de individuos en áreas endémicas o que fueron causados por productos sanguíneos de importación (Velasco, 2002, p. 115).

En el año 2000 se calculaban en el mundo 34.3 millones de personas que vivían con VIH. De esta cifra, 1.3 millones de adultos y niños vivían en Latinoamérica. Para ser más específicos, en México se habían acumulado 47 617 casos de sida hasta el año 2000. Se calcula que por cada caso de SIDA, hay entre 25 y 100 personas más que pueden estar infectadas con el VIH, aunque se espera que este índice disminuya en los siguientes años. Es inquietante que más del 50% de los casos de SIDA se contagiaron durante la adolescencia, debido quizás a que las y los adolescentes son más vulnerables debido a diferentes factores. Dentro de este grupo altamente vulnerable, son las mujeres adolescentes quienes corren más riesgo de contraer el VIH. Por lo mismo, es de suma importancia que los esfuerzos para prevenir esta enfermedad mortal se incrementen para evitar que los adolescentes, que en su mayoría se encuentran sanos, se contagien (Velasco, 2002, p. 75).

De acuerdo con Kuri y Manchaeta (2000) la prevención de esta enfermedad consiste entre otras cosas, en que las y los adolescentes conozcan las

consecuencias y el cómo evitar la posibilidad de contagio, para que ellos sean quienes tomen en pareja la responsabilidad del ejercicio de sus relaciones sexuales contando con estrategias de prevención (Vanegas, 2003).

4.4. Medidas de prevención

Resulta importante, después de conocer las principales ITS, hacer énfasis en que éstas pueden ser prevenidas. Según Aguilar y sus colaboradores (2002), lo primero que hace falta para una educación adecuada en prevención, es crear la conciencia de que cualquier persona está expuesta a contraer este tipo de padecimientos, así como algunas otras enfermedades, pero lo más importante es la aplicación de medidas higiénicas para prevenirlas y, por tanto, para tener una mejor salud física y mental que permita disfrutar más la vida y la sexualidad (p. 15). Para ello, Freire (1997) afirma que primeramente es necesario darse cuenta que uno mismo puede llegar a encontrarse en esta situación, y saber que se cuenta con los elementos y los medios para hacerle frente (Gálvez, 2002, p. 51). Por lo tanto, es necesario considerar que existen una serie de aspectos básicos que es necesario tener presente, y es lo referente a las medidas preventivas de las ITS, tanto para no contraerlas como para no transmitirles a otras personas. Éstas son:

1. Proporcionar información sobre las características de las ITS en cuanto a cómo se contraen, cómo se pueden detectar (diagnosticar) y que pueden ser tratadas si son diagnosticadas profesionalmente. Que las consecuencias, si no son tratadas con oportunidad, pueden llevar a las personas a una enfermedad crónica y en algunos casos a la muerte, infectar a la pareja y/o a sus hijos.
2. Si ya han comenzado (o están por hacerlo) a tener relaciones sexuales, es importante promover el uso del condón. De esta forma es posible reducir el índice de ITS y de embarazos no planeados, además de dar más calidad afectiva a sus relaciones sexuales.
3. Si tiene relaciones sexuales con más de una persona, será necesario:
 - Usar el condón (preservativo) en todas sus relaciones sexuales.
 - Asearse después del contacto sexual con agua y jabón en el área genital y toda parte del cuerpo involucrada en el contacto.
 - Acudir al médico periódicamente, aunque no existan síntomas, para que le practiquen estudios clínicos y de laboratorio (por ejemplo, el VDRL para detectar la sífilis).
 - Efectuar pruebas antes del embarazo para evitar casos de sífilis, VIH y otras ITS en los recién nacidos.
 - En todos los casos de violación, efectuar pruebas inmediatas para detectar las ITS y las de VIH.
 - Explicar el porqué y, por tanto, colaborar en proporcionar al médico toda la información requerida para que pueda identificar los contactos de la persona afectada para tener un adecuado control epidemiológico.
 - Es necesario hacer énfasis en que los tratamientos caseros, la automedicación y la charlatanería no curan el padecimiento y sí contribuyen a agravarlo (Aguilar y otros, 2002, p. 81).

4.5. Embarazo adolescente

Coincidiendo con Edström y Friedman (1984) la actividad sexual entre las y los solteros está en aumento entre los adolescentes, y la edad para dicho inicio es cada vez más temprana. Actualmente la fecundidad en la adolescencia está ocupando la atención de los servicios de salud en el mundo, debido a que los nacimientos de madres menores de 19 años han ido en aumento en la mayoría de los países (Monroy y otros, 2002, p. 19). Nada más en México, 3,263,864 adolescentes mujeres de entre 12 y 14 han tenido al menos un embarazo, mientras que en el D.F. se encuentran 210,323 casos de embarazos adolescentes en ese rango de edad. Sólo en el 2008 se registraron hasta 20,851 embarazos adolescentes de mujeres entre 15 y 19 años en la misma entidad (INEGI, 2005).

Según datos de Adolescencia y maternidades (1999), con estas cifras, el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos resulta de suma importancia, ya que la negación de éstos a las mujeres adolescentes por parte de la sociedad, condiciona y determina una maternidad como “destino” y cierra las posibilidades a la búsqueda de oportunidades (Vanegas, 2003). La complejidad del embarazo adolescente trastoca a la persona (hombre o mujer, aunque mayormente a la última), en distintas esferas de su vida, en lo social, lo psicológico, y en la salud. Por ejemplo, las estadísticas muestran que la escolaridad se encuentra íntimamente relacionada al embarazo adolescente, ya que de 844,006 embarazos adolescentes en el país, 182,562 fueron de madres de entre 15 y 19 años que apenas terminaron la secundaria (INEGI, 2005). También se sabe que la maternidad adolescente (en jóvenes menores de 16 años) está asociada con altos riesgos de morbilidad y mortalidad para la madre y el recién nacido, ya que ocurre con frecuencia, en madres menores de 15 años, que sus hijos nazcan bajos de peso, aunque también ha sido asociada con defectos congénitos y problemas físicos y mentales que incluyen epilepsia, parálisis cerebral, retardo, ceguera y sordera (Monroy y otros, 2002, p. 26). Se conocen datos que muestran que los embarazos de adolescentes, que son resultado de la falta de medidas preventivas anticonceptivas eficaces, llevan a un aumento en el índice de abortos, siendo el aborto inseguro (4) uno de los problemas más graves con los que se encuentran las mujeres, ya que es una de las principales causas de muerte de este grupo debido a que pone en riesgo la salud de la madre, su fertilidad futura e incluso su vida. En la actualidad, es considerado un problema social y de salud pública.

De acuerdo con datos de la OMS, “cada año se practican alrededor de 50 millones de abortos en el mundo; de éstos, 20 millones se realizan en condiciones inseguras y provocan la muerte de 78 mil mujeres. Casi la totalidad de las muertes asociadas al aborto inseguro (99%) ocurren en regiones y países con altos niveles de pobreza y marginación social. Ahman y Shah (2002), sostienen que en los países desarrollados el riesgo de morir por complicaciones del aborto inseguro es de 1 por cada 3,700 procedimientos, mientras que en los del mundo en desarrollo el riesgo es mucho mayor, 1 por cada 250 procedimientos y que para el año 2000, (según datos de la OMS) se calculó que a escala internacional se realizaron alrededor de 19 millones de

abortos en condiciones inseguras, de los cuales 18.5 millones (97.5%) ocurrieron en países del mundo en desarrollo (González de León, 2002).

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2000), la tercera parte de las mujeres que abortan en condiciones de inseguridad sufren complicaciones serias, pero menos de la mitad reciben atención médica oportuna; también, que en América Latina y El Caribe se realizan cada año alrededor de 4 millones de abortos inseguros y mueren 5 mil mujeres; se estima que en la región alrededor de la mitad de las muertes maternas se asocia al aborto inseguro (González de León, 2002). En México, resulta difícil describir este problema debido a que los registros médicos dejan fuera todos los abortos no complicados, además que muchas mujeres prefieren no buscar la atención médica por temor, vergüenza o porque creen que existen complicaciones legales para ello. No obstante, según la Secretaria de Salud (2010), las complicaciones del aborto, representan la tercera causa de mortalidad materna en México.

Además de lo anterior, en la problemática del embarazo de la adolescente intervienen distintas situaciones, como el significado que tiene la gestación en el desarrollo y madurez psicosocial de la mujer y la aceptación o rechazo del entorno familiar ante la situación. Debe mencionarse que si la madre es soltera, se encuentra ante desventajas legales, las cuales le prohíben derechos que favorecerían tanto su desarrollo, como del hijo, además de que la población de madres solteras es muy alto, por lo que se convierte también en un estigma social (Vanegas, 2003), ya que por lo regular, el matrimonio es visto como una consecuencia necesaria del embarazo premarital aún cuando éste no convenga a los intereses de la mujer, el padre o el hijo. Esto evita, en muchos casos, el rechazo social, aunque no elimina los riesgos biológicos ni algunos psicosociales, como la interrupción de sus estudios, las actitudes negativas entre la joven pareja y su hijo. Un fenómeno resultado de lo anterior, tiene que ver con que los matrimonios resultantes de concepciones premaritales son menos estables que los matrimonios planeados. Aunque también el matrimonio adolescente obligado se ha asociado con una alta incidencia de divorcio. Por otra parte, si el matrimonio es más duradero, las adolescentes están más expuestas a dar a luz un mayor número de hijos que aquellas que retrasan el nacimiento de sus hijos a partir de los 20 años (Monroy y otros, 2002, p. 83). A su vez, algunos estudios sugieren que la mayoría de las mujeres que dan a luz por primera vez en edad temprana, están más expuestas a vivir solas con sus hijos por un largo período y que sus posibilidades económicas son muy reducidas.

Monroy y colaboradores (2002), mencionan un hecho importante para señalar y es que se han encontrado puntuaciones más bajas en el coeficiente intelectual, desarrollo emocional y social y adaptación a la escuela en los niños de madres adolescentes, y sobre todo en aquellos en los que por lo general hay ausencia del padre o de algún adulto. Algunos estudios más, muestran que la mayoría de las hijas de madres adolescentes tienden a serlo también (p. 95).

Es claro que las consecuencias del embarazo no planeado o no deseado durante la adolescencia, son en general adversas no sólo para la madre y el

hijo, sino también para el padre y las familias de ellos (Monroy y otros, 2002). En un sentido debido a que ésta obstaculiza el ejercicio de los derechos humanos básicos de las y los adolescentes, además de que es una clara violación al artículo constitucional mexicano, en el cual se establece que todas las personas tienen el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Sin embargo, como lo menciona Stern (2004), el tema del embarazo adolescente debe tomarse desde una aproximación nueva y más profunda, además de todo lo anterior. Sostiene que “por un lado, el embarazo adolescente necesita ser ubicado y comprendido dentro de los procesos de cambio social y cultural que está ocurriendo en determinados países y contextos sociales. Por otro lado, en vez de suponer cuáles son las necesidades de los adolescente en términos de su salud sexual y reproductiva, debemos acercarnos más a sus vidas concretas; a sus creencias, actitudes y valores; a la interacción con sus padres, sus amigos y parejas; a sus oportunidades objetivas y sus aspiraciones subjetivas” (pp. 129-158).

4.6. Anticoncepción en adolescentes

La anticoncepción en la adolescencia ha sido durante muchos años un tema controvertido, el tema de si las y los adolescentes tienen derecho o no a vivir una vida sexual activa, ha suscitado todo tipo de aseveraciones y contradicciones. Lo cierto es que las relaciones sexuales se presentan con o sin autorización de los adultos, y si no son protegidas pueden traer consecuencias graves para su salud física, mental y social, como un embarazo no deseado o ITS, incluso el virus VIH/SIDA (Miranda, 2002, p. 46). Por ello, proporcionar información y servicio de planificación familiar a los adolescentes está avalado por los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, como se mencionó anteriormente. En dicha conferencia los países firmantes, incluyendo México, se comprometieron a desarrollar acciones para mejorar la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, así como dar a conocer y asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos para todos los individuos, incluyendo a los adolescentes.

Para brindar orientación a las y los adolescentes y jóvenes acerca de los métodos anticonceptivos que pueden utilizar, es necesario conocerse aspectos importantes de su salud física, así como el número de parejas, la frecuencia de las relaciones, entre otras cosas, con el objetivo de conocer los factores de riesgo y planear un método adecuado a cada situación. Teniendo siempre presente que no existe un anticonceptivo ideal para las adolescentes y que cada caso debe tratarse en forma individual, con orientación y vigilancia. Asimismo, debe tenerse en cuenta que se debe proporcionar información acerca de los riesgos y la prevención de contraer una ITS, por lo que en la orientación debe estar presente el condón como medida preventiva no sólo de embarazo, sino también de estos padecimientos (Miranda, 2002, p. 46).

La *anticoncepción* puede ser definida como una serie de medidas que en forma voluntaria se utilizan para inhibir la capacidad reproductiva de un individuo o una

pareja en edad fértil (Miranda, 2002, p. 25). Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad después de su uso, se clasifican en temporales y permanentes.

Los métodos temporales son:

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

Los métodos permanentes son:

- Oclusión tubaria bilateral o salpingoclasia
- Vasectomía

Pastillas anticonceptivas

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

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

Las presentaciones de las pastillas combinadas pueden ser en paquetes de 21 a 28 tabletas o grageas; en el segundo caso las últimas 7 pastillas de cada ciclo no contienen hormonas. Los anticonceptivos combinados contienen dosis variables de etinil estradiol (de 20 a 50 microgramos), así como tipos y dosis variables de progestinas sintéticas. Para las adolescentes la primera elección debe ser utilizar dosis bajas de estrógenos: 35, 30 ó 20 microgramos de etinil estradiol. Las mini píldoras contienen dosis muy bajas de progestinas; la ventaja de éstas es que al ser desprovistas del componente estrogénico, no causan efectos secundarios ni metabólicos, ni tienen las contraindicaciones médicas del estrógeno.

La efectividad de los anticonceptivos combinados bajo condiciones habituales de uso es del 92 % al 99 %; la efectividad de la mini píldora es menor al de las pastillas combinadas (entre 90 y 97 % en caso de toma correcta). Es conveniente que la toma de la pastilla se asocie a alguna rutina del adolescente, ya que la toma de las pastillas se debe iniciar dentro de los primeros 5 días del ciclo menstrual, tomándolas posteriormente en forma continua y sin interrupción.

Dentro de las ventajas de las píldoras está su alta eficacia para evitar el embarazo, la falta de preparativos especiales previos a la relación sexual, es reversible, disminuye la mayoría de trastornos del ciclo menstrual y se pueden tener relaciones sexuales el día que se desee, entre otros. Las desventajas son que no protegen de las ITS, necesitan motivación diaria, afectan la lactancia y pueden causar algunos efectos colaterales como: amenorrea o manchado intermenstrual, hipersensibilidad mamaria, náusea, cefalea y variaciones del peso corporal.

Inyecciones anticonceptivas

La inyección mensual contiene 5 mg de estradiol y dosis muy bajas de hormonas. Actúa inhibiendo la ovulación, modifica el moco cervical y altera el endometrio. Las adolescentes sólo deben usar inyecciones mensuales, ya que contienen dosis de hormonas significativamente inferiores a las inyecciones de dos y tres meses. La primera inyección se debe aplicar dentro de los primeros cinco días después del inicio de la menstruación, de forma intramuscular y la siguiente inyección debe aplicarse 30 días después.

Sus ventajas son que no afecta el coito, no está contraindicada durante la lactancia, tiene efectividad anticonceptiva muy elevada, garantiza privacidad y confidencialidad, su forma de administración es sencilla práctica y de larga duración. Dentro de las desventajas hay más alteraciones menstruales, puede producir aumento de peso, cefaleas, cambios de humor y no protege del VIH-SIDA ni de otras ETS.

Este método es útil para las adolescentes ya que permite utilizarlo una sola vez al mes y en forma discreta; además, por tener bajas dosis no afecta la fertilidad posterior, como sucedía con los inyectables de dos y tres meses. Si se utiliza la inyección y hay pérdida repentina de la visión, dolor intenso de cabeza, ictericia, dolor agudo en el pecho, dolor en las extremidades o intolerancia a las irregularidades menstruales es importante visitar al médico.

Pastillas Anticonceptivas de Emergencia (PAE)

Las Pastillas Anticonceptivas de Emergencia (Vanegas, 2003, p. 41) están entre los métodos que las mujeres pueden utilizar embarazos no deseados, después de una relación sexual sin protección anticonceptiva, de un accidente anticonceptivo o una violación. Se utiliza como su nombre lo indica, en casos de emergencia, es decir, como un último recurso por lo que no debe ser usado como método habitual.

La anticoncepción de emergencia se conoce desde la década de los setenta en que el doctor Ary Haspels, en Holanda, utilizó el primer régimen conocido como anticoncepción postcoital. Está indicado para prevenir el embarazo después de un contacto sexual no protegido, dentro de las primeras 72 horas, posteriores a la relación sexual, incluyendo:

- Aquellos casos en los que no se haya utilizado ningún método anticonceptivo.
- Aquellos casos en los que exista un accidente anticonceptivo o uso incorrecto del método, por ejemplo:
 - ruptura, deslizamiento o uso incorrecto del condón
 - olvido de pastillas anticonceptivas
 - retraso en la fecha de la inyección
 - coitus interruptus fallido

- cálculo erróneo del método de abstinencia periódica
- expulsión del DIU

Es preciso dejar claro que si hay un embarazo, no funciona.

Dispositivo Intrauterino (DIU)

El DIU (Vanegas, 2003, p. 36) es un objeto de material sintético (plástico al que pueden adicionársele otras sustancias que potencien su efecto. Al DIU que no tiene ningún material complementario se le llama inerte o dispositivo de primera generación, y a aquellos que tienen cobre u hormonas se les llama bioactivos o de segunda generación. Los mecanismos de acción de los dispositivos no se tienen del todo claros y se continúan los estudios para conocerlos a fondo; sin embargo, se piensa que son los siguientes: no permiten la migración del espermatozoide en el útero; no permite la fecundación; no permite el transporte del huevo, con lo que se previene la implantación. El dispositivo debe ser colocado por un médico capacitado en este tipo de método. El DIU se coloca dentro del útero utilizando un aplicador especial y una técnica aséptica. Es recomendable que sea colocado durante la menstruación o inmediatamente después de ella, o bien, después del parto o de un aborto.

Tiene como ventajas que se puede usar durante varios años, dependiendo del tipo de dispositivo que se trate, la mujer no tiene que pensar en tomar un método de planificación familiar cada día o cada vez que tenga un contacto sexual. Una vez que se aplica no hay gastos adicionales ya que sólo requiere de visitas al médico cada seis meses o cada año (5).

El procedimiento de inserción es rápido y sencillo, es fácil de extraer; se inserta una sola vez y puede durar hasta 8 años. Ofrece protección continua y efectiva y no interfiere con el acto sexual. Desafortunadamente puede en ocasiones resultar dolorosa la inserción, algunas veces se producen dolores o sangrado intermenstrual. En ocasiones el organismo llega a expulsarlo, no protege de las ETS y el SIDA. Pueden incrementarse las posibilidades de contraer una enfermedad inflamatoria crónica en aquellas mujeres que tienen varios compañeros sexuales. Si se da el embarazo con el DIU puede haber complicaciones.

Condón o preservativo

El condón (Miranda, 2002, p. 79) es una funda de plástico (látex), que se aplica en el pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Algunos condones contienen nonoxinol-9, que es un espermaticida. Además de ser un buen método anticonceptivo, constituye el único método que ayuda a prevenir enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la infección por el virus del VIH/sida. Este método puede brindar una eficacia anticonceptiva de 85 a 97% en condiciones habituales de uso.

Indicaciones

- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos. En personas con actividad sexual esporádica.
- Como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones postvasectomía.
- Cuando hay riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual.
- Muy conveniente su uso en la etapa de la adolescencia independientemente de la actividad sexual, como método de prevención de embarazo y de ETS.

Forma de uso:

Para el uso adecuado del condón o preservativo, es de suma importancia tomar en cuenta lo siguiente:

- Debe usarse un condón o preservativo en cada relación sexual desde el inicio del coito; si se tiene otra relación en un espacio corto de tiempo, debe utilizarse otro preservativo.
- Cada condón puede utilizarse sólo una vez.
- Todos los condones tienen en el empaque una fecha, que puede ser la fecha de manufactura; entonces dirá MDF 000000 o la fecha de caducidad; en este caso dirá CAD 010101. En el caso de que tenga la fecha de manufactura, ésta no debe ser mayor a cinco años al momento en que va a utilizarse; y si indica la caducidad no deberá sobrepasar la fecha indicada.
- El empaque deberá estar integro, sin roturas, y al tocarlo deberá parecer que está inflado (acojinado).
- No deberá abrirse el empaque con los dientes, porque se corre el riesgo de romper el condón.
- Al sacarlo del empaque, deberá verificarse que el lado de la colocación debe desenrollarse fácilmente. Se coloca en la punta del pene en erección, dejando una pequeña bolsita en la punta para alojar el semen en el momento de la eyaculación, desenrollándolo hasta llegar a la base del pene, y debe evitarse la formación de burbujas de aire.
- Posterior a la eyaculación deberá retirar el pene de la vagina antes de perder la erección, y sostener el condón en la base para que no se quede dentro de la vagina y provoque un derrame de semen innecesario; se anuda el condón y se deposita en el basurero.
- Si se requiere usar algún lubricante, procurar que tenga base de agua y no de aceite porque puede desnaturalizar el látex.

Ventajas

- Este método no requiere receta médica, se puede adquirir en cualquier unidad de salud o en las farmacias y establecimientos comerciales.
- Este método no tiene efectos colaterales, a menos que exista una alergia al material de látex o a los espermaticidas.
- Es bien tolerado y muy eficaz usándolo adecuadamente.
- La efectividad del condón puede incrementarse con el buen uso y con la asociación con espermaticidas hasta 98%.
- El hombre es el usuario del método, lo cual es una ventaja, ya que favorece su participación en la relación de pareja.
- Protege contra enfermedades de transmisión sexual.

- Su costo es bajo.
- No presenta complicaciones médicas.
- Favorece la privacidad en la relación.

Es un método ideal para los adolescentes, debido a que es barato, favorece la privacidad, puede utilizarse sin supervisión médica, no implica ningún riesgo para la salud y previene el contagio de las ITS.

Espermaticidas

Los espermaticidas (Pérez & Larrea, 1994, S.D.) son sustancias químicas que se colocan antes del coito dentro de la vagina. Existen numerosas presentaciones, como espumas, tabletas vaginales, jaleas, cremas, óvulos y esponjas vaginales. Actúan paralizando la función de los espermatozoides. Se utilizan introduciendo la sustancia en alguna de sus presentaciones, con un aplicador o en el caso de los óvulos, con los dedos, 15 minutos antes de empezar el contacto sexual. Después del coito no deben realizarse lavados vaginales antes de 6 horas. Si existe otra penetración se necesita una nueva aplicación.

Las esponjas vaginales incorporan un espermaticida en un vehículo de poliuretano en forma de hongo, que se humedece con las secreciones de la vagina. La esponja puede insertarse hasta 24 horas antes del contacto sexual y utilizarse para múltiples contactos sexuales dentro de las 24 horas siguientes a la inserción. También deberá retirarse 6 horas después del contacto sexual. Tiene como ventajas el hecho de estar disponible sin necesidad de receta médica, es relativamente barato y de fácil aplicación, además, de que puede combinarse con otros métodos de mayor eficacia. Y sus desventajas son que su aplicación puede interrumpir el acto sexual, puede causar alergias, su uso requiere de motivación y especialmente no protege del VIH-sida ni de otras ETS.

En suma, la anticoncepción se propone como una necesidad de salud en las y los adolescentes, por lo que los médicos que se encargan de atender a este grupo deben estar familiarizados con las diversas medidas contraceptivas con la finalidad de proponerles las adecuadas para este grupo de edad. El profesional de salud debe también, estar preparado para participar en su educación sexual y ofrecer consejos, o enviar a las y los adolescentes al lugar adecuado donde puedan recibirlos, cuando estos presenten problemas en su salud sexual y reproductiva y sobre conflictividades específicas que se han mencionado en otros apartados.

Notas

1. La Modificación al Primero Constitucional integra la No discriminación por edad y preferencia como una garantía individual. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto de 2001.
2. Artículo 11-II. Op cit. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
3. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el 20% de las personas infectadas con el VIH desarrollan la enfermedad a los 5 años, el 50% a los 10 y actualmente existe un creciente porcentaje que la desarrolla después de los 10 años.

4. La OMS define el aborto inseguro como un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas sin capacitación o experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares México mínimos.
5. No obstante, es importante aclarar que es mejor asociar la prevención de las ITS's con el uso del condón.

Capítulo V

5. Actitudes: Cambios cognitivos y conductuales

5.1. Historia del concepto Actitud

Ante la necesidad de acercarse a la experiencia humana de una manera más sencilla, para contar con un cúmulo mayor de elementos fácilmente manejables, se da inicio al uso de categorías como, creencias, deseos, intereses, instintos. Hacia fines del siglo XIX, la psicología experimental creó y utilizó conceptos semejantes al de actitud que hacían referencia a „la preparación del organismo para la acción“. En 1918, dos sociólogos: William I. Thomas y Florian Znaniecki (1934), sugirieron “(...) que el constructo actitud debería incorporarse al conjunto de conceptos y términos que la psicología social usaba, para intentar dar una explicación o comprender los fenómenos colectivos” (Quiroz, 2004). El término de hecho ya flotaba en el ambiente intelectual, pero era evidente que las personas que lo utilizaban aún no contaban con una definición unívoca. Fue gracias a la insistencia de estos dos sociólogos que se adoptó el término y se convino en llamarle actitud.

En 1935 Gordon W. Allport escribía, que las actitudes eran piedra angular en la psicología social, sin embargo, también reconocía que el constructo tenía una posición científica dudosa. Construye una definición de actitud, tomando en cuenta que las definiciones que ya existían de este concepto contemplaban la preparación, la activación y el alerta para responder; pero se excluían los tipos de alerta y preparación que son innatos. A su vez, se dio cuenta de que no se hablaba de la dirección y referencia a algún objeto externo o conceptual, y que un atributo claro era la intensidad (Javiedes, 2004).

Maguire (S.D.), habló de tres períodos con respecto a la historia del constructo *actitud* (Echebarría, 1991, pp. 31-38):

1er período: Este se desarrolla en la década de 1930 y se caracteriza por el interés de crear instrumentos que permitan medir las actitudes; tales como la de Thurston y la de Likert. A su vez, se pretende operacionalizar el concepto (1).

2do período: Se pensó que las actitudes no eran de gran ayuda para predecir la conducta, y tras el primer período, disminuye el interés por el estudio de las mismas. Sin embargo entre los años 1945 y 1965 renace este interés, por el tema de la influencia de la propaganda. Este segundo período se subdivide a su vez en:

- a) *Sub período de 1945 a 1955:* El tema de la persuasión, creación y cambio de actitudes a través de los medios masivos de comunicación llama la atención de los estudiosos de este constructo teórico. Los estudios que se llevaban a cabo, se hacían con muestras masivas y enfocaban su atención en la influencia de múltiples variables independientes sobre variables dependientes medidas meticulosamente. De esta manera, se utiliza el análisis de varianza.

- b) *Sub período de 1955 a 1965*: Las actitudes se conciben como estructuras cognitivas que cuentan con un equilibrio; se estudia de qué manera se obtiene este equilibrio y cómo se podría reestablecer en caso de ser modificado. Las variables independientes se reducen en los estudios, para más bien, estudiar su impacto en las variables dependientes; las cuales eran con frecuencia dicotómicas.

3er período: Inicia alrededor de 1965. Los psicólogos sociales se enfocan en el tema de la cognición social. A su vez, los estudios sobre actitudes, se centran en su estructura, contenidos y funcionamientos.

Es por eso, que si se piensa en el concepto actitud, se piensa en uno de los constructos teóricos más importantes y distintivos de la psicología social, ya que se relaciona directamente con la conducta (Stahlberg y otros, 1993). De hecho, McGuire (S.F.), señala que algunos teóricos, ya desde la década de 1920, trabajaban con el concepto de actitud para referirse a categorías de la psicología social, y que aun con el interés menor que tuvo en un momento dado, se rescata por la necesidad de contar con una herramienta que integre lo cognitivo y lo conductual (Reich, 1980).

5.2. Definiciones del concepto actitud

Para la construcción del concepto de actitud, la ciencia social ha pasado por un largo peregrinaje. Distintos investigadores en materia de conducta, se dieron a la tarea de construir bases teóricas sobre las que se pudiera sostener tal concepto. Como primer paso será necesario ubicar, según algunos investigadores, cuáles son los componentes de las actitudes, para posteriormente analizar el concepto. Dos son las propuestas que se encontraron como clásicas, dentro de la psicología social. La primera es la elaborada por David Kretch y Richard S. Crutchfield (1948), en la que plantean que “las actitudes son sistemas duraderos de valoraciones positivas o negativas, sentimientos y tendencias en pro o en contra, con respecto a determinados fenómenos sociales” (Reich, 1980, p. 30), conformados por tres componentes:

1. *Afectivo*: contempla las emociones y sentimientos que despierta algún objeto determinado; esto carga de emotividad a las actitudes, y es a su vez, lo que permite vivenciar el objeto como algo placentero, o no. Este componente incluye reacciones fisiológicas posibles de medir experimentalmente;
2. *Cognoscitivo*: el cual comprende las creencias de los individuos ante dicho objeto; y
3. *Reactivo*: que abarca toda inclinación a actuar o reaccionar de una forma dada frente al objeto de dicha actitud. Es sólo la tendencia a actuar lo que forma parte de la actitud, ya que así como los valores “se refieren a fenómenos que no pueden ser directamente observados, sino tan sólo inferidos, la acción en sí no puede ser un componente del concepto de actitud” (Reich, 1980, p. 30).

La segunda propuesta es la que planteó M. Brewster Smith (1947), en la que contemplaba también tres componentes: el afectivo, el cognitivo y el conativo; es decir:

1. *Afectivo*: lo que se siente
2. *Cognitivo*: lo que se piensa y
3. *Conativo*: lo que se pretende hacer respecto al objeto de actitud (Javiedes 2004, p. 374)

Su análisis resulta de gran profundidad debido a que para los componentes de su propuesta se incorporan otros elementos. Por ejemplo, en el componente afectivo se incluye la dirección y la intensidad, en el cognoscitivo se comprende el contexto informativo, sin importar si la información con la que cuenta el sujeto es correcta o incorrecta, y la perspectiva temporal de la actitud. Y finalmente el componente conativo describe el curso de acción que podrá tomar la persona, como, pasividad y labilidad que son dos atributos de este componente (Javiedes 2004, p. 374).

Mann (1983) recupera los análisis anteriores. Según él, la importancia de conocer los componentes de la actitud radica en la tendencia natural con la que mantienen cierta congruencia entre ellos, ya que si se da un cambio en uno, habrá entonces una modificación en los otros. Considera que las actitudes, cuyo componente cognoscitivo no es fuerte porque se tiene poca información sobre el objeto, probablemente es muy inestable, por tal razón, al proporcionar conocimientos sobre dicho objeto puede favorecer un cambio actitudinal hacia él. Por otra parte, las actitudes que tienen un componente afectivo fuerte tienen menos probabilidad de ser modificadas por nuevos conocimientos (p. 138). Lo mencionado por Mann da la certeza de que la actitud es un compuesto de elementos vertidos en la sociedad, que las personas toman de ella de manera explícita o implícita y que la manera en que cada uno o una logren manejarlo tendrá que ver con los contextos y las circunstancias individuales. La construcción de un concepto de actitud involucra estos componentes, como se verá a continuación.

Thurstone (1928), opinaba que las actitudes se refieren a una serie de elementos tales como inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones acerca de un asunto determinado. Consideraba que la actitud era susceptible a cambiar, ya fuera por razones ignoradas o por la presencia de algún factor persuasivo conocido, por ello creía importante mantenerse atentos a los cambios que presentaran las mediciones “y atender al uso de procedimientos propios de la medición que evitaran o minimizaran el error” (Javiedes, 2004, p. 371). También, Donald T. Campbell (1963) quien “analiza y argumenta la convergencia de las teorías de la percepción y del aprendizaje con relación al campo de las actitudes y que la experiencia pasada modifica la tendencia conductual del organismo” (Javiedes, 2004, p. 371), por lo que la actitud se convierte en disposición conductual, que por ende coordina la conducta en el medio ambiente. Para Campbell “el concepto de actitud es un excelente constructo disposicional adquirido, que connota tanto una predisposición para

responder, como una para ver el mundo en una forma dada” (Javiedes, 2004, p. 371).

Otros teóricos como Cook y Selltiz (S.F.), consideran a las actitudes como una disposición fundamental que de alguna manera determina diferentes conductas con respecto a un objeto, esas conductas abarcarían: “declaraciones de creencias y sentimientos acerca del objeto y acciones de aproximación-evitación con respecto a él” (Summers, 1976, p. 13). Kidder y Campbell (S.F.), opinan que “pulsión adquirida, creencia reflejo condicionado, fijación, juicio, estereotipia, valencia, podrían ser sinónimos del concepto actitud” (Summers, 1976, p. 13). A su vez, Steve Breckler y Elizabeth C. Wiggins (1989) definen actitud como representación, ya que consideran que este término tiene un significado psicológico preciso; mientras que Russell H. Fazio (1990) considera que la actitud puede ser pensada “como la asociación en la memoria entre un objeto dado y la evaluación de este objeto” (Summers, 1976, p. 372).

De acuerdo con Echebarría (1991), las definiciones de *actitud* se podrían clasificar en tres grupos:

1. *Definiciones de carácter social*, en las cuales se consideran de gran importancia las creencias y normas creadas y compartidas por un grupo social, debido a que éstas ayudan a los sujetos a tener un marco de referencia y actuar respecto de él.
2. *Definiciones conductuales*, dentro de éstas se enfatiza la predisposición a actuar o manifestarse en una forma determinada ante el objeto de actitud; y
3. *Definiciones cognitivas*, pensadas por distintos autores cognitivistas, como esquemas cognitivos que el individuo emplea para interpretar y valorar cualquier objeto o situación (p. 2).

La definición a la que más se recurre en la psicología social es la que elaboró Allport en 1935, quien considera que la actitud es “un estado de disposición mental o neural, organizado a través de la experiencia y que ejerce una influencia directa o dinámica sobre la respuesta del sujeto” (Echebarría, 2001, p. 19). Esta definición cuenta con los componentes afectivo, cognitivo y reactivo-conativo que se mencionaron anteriormente, además, demuestra que es posible que la categorización se pueda formular contemplando el carácter social, conductual y cognitivo que configuran la naturaleza humana. Pensar que un concepto que pretende demostrar la respuesta humana, se describe de un solo espacio de la realidad sería reduccionista.

Sin embargo y para concluir, se podría decir que no hay una sola conceptualización de actitud, sino una serie de ellas que, una al lado de la otra, articulan la complejidad del concepto para entenderlo. A continuación las conceptualizaciones consideradas para esta investigación:

- a) Una actitud es la predisposición a responder a un objeto y no en sí la conducta hacia él; es decir, sólo son un indicador y no la conducta como tal, y se trata de un estado interno del individuo. Las actitudes están

relacionadas con el comportamiento que se mantiene en torno a los objetos a que hacen referencia (Morales, 1994).

- b) La actitud es aprendida, ya que es el resultado de los procesos afectivos, cognitivos y conductuales a través de los que tienen lugar las experiencias de los sujetos con el objeto de actitud (Morales, 1994).
- c) La actitud es constante y produce consistencia en las manifestaciones, sin embargo, no significa que no sea modificable. El cambio de actitudes, necesita de una gran presión, especialmente si están muy arraigadas (Summers, 1976).
- d) La actitud puede ser favorable o desfavorable, esto es, tiene una cualidad direccional, y a su vez una intensidad. Posee una característica motivacional. El afecto se perfila como un elemento importante de la actitud (Summers, 1976).
- e) La actitud está ubicada en una realidad social, entendida como un sistema de relaciones compuestas por numerosas y variadas diferencias: de ideas, de sentimientos, de clases, de juicios y por supuesto, de sexos (Fisher, 1990).

Finalmente, si se considera todo lo anterior, queda claro que las actitudes son respuestas aprendidas, de cierta consistencia en las manifestaciones, con una cualidad direccional, ubicada en la realidad social, por lo que resulta de gran importancia su estudio, ya que su entendimiento sobre un tema será fundamental en los procesos de cambio social (Morales, 1994). También, que las actitudes se componen por tres dimensiones: afectiva, cognitiva y conductual o reactiva.

5.3. Actitudes y conductas

Con respecto a la medida en que las actitudes predicen la conducta subsecuente, se ha contemplado que no siempre hay coherencia entre lo que se cree y lo que se hace, es decir, aun cuando las actitudes de alguna manera determinan la conducta, la actitud no necesariamente tiene fuerza suficiente como para ser absoluta frente a la respuesta. Mann, ya planteaba que no se debe esperar una correlación directa entre actitudes y conducta, ya que se deben contemplar también los factores externos y el contexto en el que se da la actitud. Estos pueden ser los siguientes:

- a) *Factores situacionales*: Pueden ser las normas sociales, morales y los hábitos, los cuales pueden llegar a ser tan fuertes que modifiquen la conducta y bajen el nivel de predictibilidad de las actitudes ante esta conducta (Millán y otros, 2001, p. 17).
- b) *Factores de personalidad*: Los individuos cuya conducta social está en función mayoritariamente de sus estados internos, disposiciones y por supuesto actitudes, muestran mayor correlación entre actitudes y conducta, que aquellos que se guían por factores situacionales y externos (Snyder, 1974).
- c) *Factores metodológicos*: Tanto las actitudes como la conducta presentan cuatro elementos (Stahlberg y otros, 1993):
 - Acción: sobre qué conducta se va a realizar
 - Objetivo: hacia qué se dirige esa conducta

- Contexto: en dónde se desarrolla
 - Tiempo: en qué momento se lleva a cabo
- d) *Factores especiales*: Cuando las actitudes del sujeto tienen una consistencia afectivo-cognitiva hay una mayor estabilidad de la actitud, resistencia al cambio y correlación con la conducta (Stahlberg, 1993).

Fishbein y Ajzen (1975), esbozaron la teoría de la acción razonada que explica el proceso que pudieran seguir las actitudes hasta llegar a ser conductas, y tiene que ver con que es a partir de las creencias que alguien tiene sobre un objeto que se determinan los sentimientos respecto a él (Perlman y otros, 1987). Estos sentimientos determinarán las intenciones conductuales y finalmente establecerán la manera en que la persona se comportará hacia el objeto. Así, es probable que a partir de un comportamiento, surjan nuevas creencias y/o sentimientos que darán lugar a posteriores intenciones conductuales.

5.4. Adquisición de las actitudes

El estudio de las actitudes puede ser de gran utilidad para estudiar las motivaciones humanas, sin embargo, el conocimiento que se tiene respecto de su origen es complejo debido a que se forman de manera inconsciente. La complejidad radica, como se ha mencionado anteriormente, en que las actitudes son multifactoriales, que se definen desde distintos áreas de análisis y que su composición es variada, además, a que todas son definidas dentro de los procesos sociales o costumbres de una sociedad. En ella además de lo anterior, se encuentran una serie de valoraciones positivas o negativas que definirán culturalmente, una serie de conductas como respuesta a dichas valoraciones.

Para comprender lo anterior, se tomará la propuesta de Hollander (1978), que contempla tres modelos fundamentales a través de los cuales se pueden adquirir las actitudes:

1. El contacto directo con el objeto de la actitud
2. La interacción con los individuos (o instituciones) que sustentan dicha actitud)
3. A través de valores más arraigados procedentes de la crianza en el seno de la familia y las experiencias a ella vinculadas (p. 138)

Los puntos desarrollados por Hollander (1978), forman parte de un proceso conocido como socialización primaria. Dentro de este proceso se encuentran una serie de disposiciones prediseñadas para concebir el mundo o la realidad respecto, por ejemplo, la sexualidad, estas incluyen actitudes y valores que se adquieren primeramente “en la familia, pero continúa durante toda la vida (...) y a medida que el individuo madura, es posible que nuevos grupos de referencia alienten en él cambios de actitud y de conducta” (p. 141). Hollander considera que habrá momentos en que surja la necesidad de desaprender algunas cosas antes de aprender otras, será el momento en que se deberá “desechar lo familiar o habitual a favor de nuevas conductas” (p. 141) (3).

Kelman (1961) menciona un fenómeno que refuerza la adquisición de una actitud frente a un tema, como podría ser el de la sexualidad, el de la influencia. Desarrolla tres formas de analizarla:

1. *La influencia social que resulta de las presiones a la conformidad*: Es un proceso llamado *consentimiento*, en el cual el sujeto acepta la influencia a cambio de obtener una reacción favorable ya sea de una persona o grupo. Sin embargo, no hay aceptación real, ésta es más bien pública y tiende a desaparecer al tiempo que desaparece la presión externa.
2. *La influencia social que resulta de la interacción en grupos primarios pequeños, tales como la familia y el grupo de pares*: A este proceso se le llama de *identificación*, y se da en el momento que el individuo hace suyas las actitudes de un grupo debido a que la relación con la persona o el grupo le producen satisfacción y forman parte de su auto-imagen. Así, la familia y la escuela son la fuerza central y dominante en la socialización.
3. *La influencia social que se deriva de las comunicaciones persuasivas provenientes de fuentes prestigiosas*: Es un proceso conocido como *internalización*. “La información relativa a las actitudes está contenida en comunicaciones persuasivas proporcionadas por fuentes veraces y dignas de confianza” (Mann, 1983, p. 159).

Lo anterior es fundamental para entender tanto la forma en que se adquiere una conducta como la forma en que se refuerza a través de distintas influencias sobre una persona. La complejidad de la que se había hablado, radica justamente en los distintos canales de influencia y sus procesos de apropiación. También, es importante darse cuenta que, cuando se presenta un cambio de actitud que es débil, es necesario que haya igualmente factores del medio que refuercen y mantengan el cambio de actitud y el consiguiente cambio de conducta (Hollander, 1978). Como se mencionó con el ejemplo de Díaz Loving, no basta la información como un proceso de aprendizaje nuevo, que bien puede generar un cambio, más bien es necesario contar con estrategias de reforzamiento positivo de la nueva actitud para fortalecerla y hacerla perdurable.

5.5. Medición de las actitudes

Al no ser directamente observables, las actitudes solo se pueden medir de forma indirecta. Distintas formas de medición se concentran en gran parte en medir uno u otro de los componentes actitudinales, el afectivo, el cognitivo y el conativo-reactivo. Para la presente investigación será necesario identificar y medir las actitudes en su correlación de componentes para construir propuestas. Será necesario identificar la actitud frente a una conducta general y analizar la circunstancia sobre la que se puede generar un cambio, también, generar una propuesta de reforzamiento sobre actitudes que se logren cambiar.

Se utilizará una escala tipo Likert, debido a que dentro de la psicología social y otras ciencias relacionadas, esta escala permite hacer uso de indicadores que facilitan analizar las conductas sobre las que se ha logrado generar impacto. También porque se considera de fácil uso y se puede lograr altos niveles de confiabilidad.

La escala tipo Likert

En 1929, Gardner, Murphy y Likert emplearon un cuestionario llamado *Encuesta de opiniones*. Para la realización de este cuestionario, extrajeron frases de libros, panfletos, periódicos y revistas del tipo: „deberíamos presionar para que...“, „a nadie se le debe negar que“..., etc. De esta manera, los sujetos que respondieron dicho cuestionario, debían primero “revisar sus ideas, sus sentimientos, sus convicciones, sus deseos, sus anhelos y sus disposiciones voluntarias” (Quiroz, 2004, p. 187). La escala tipo Likert o escala psicométrica, tiene como base un modelo de medición de cinco puntos. Se utiliza para que los sujetos de estudio respondan en función de su criterio subjetivo, colaborando con su ordenamiento (Sánchez y otros, 1998). La intención de esta escala es analizar la valoración que las personas tenían respecto a lo que se les pregunta, y además, hacer comparaciones entre los entrevistados. Las escalas de este tipo, tienen dos etapas: una de construcción y otra de aplicación.

Es importante mencionar que, de acuerdo con Papua (1992), al formular el cuestionario tipo Likert deben contemplarse los siguientes lineamientos:

1. Los ítems deben apuntar al presente y no al pasado
2. No deben referirse a hechos
3. No deben ser ambiguos
4. Deben ser favorables y desfavorables, en 50% respectivamente
5. Deben ser redactados en lenguaje claro, simple y directo
6. Contener sólo una frase lógica
7. Evitar ser redactados en negativo (Quiroz, 2004).

Una vez elaborado el cuestionario, se procede a la asignación de valores para cada una de las opciones de los ítems, de acuerdo si éstos son negativos o positivos. Ya que se haya contestado el cuestionario, se deben asignar los puntajes totales a cada sujeto según sus respuestas a cada ítem, de manera que al final los que obtengan el puntaje más alto, serán quienes tienen una actitud más favorable o positiva, y los puntajes más bajos indicarán una actitud desfavorable.

Notas

1. Foro Nacional de Jóvenes por los Derechos Sexuales, que tuvo por propósito abrir un espacio de diálogo y reflexión sobre los derechos sexuales de la población juvenil entre: las y los propios jóvenes, especialistas y representantes de organizaciones no gubernamentales y gubernamentales con respecto a este tema.
2. A continuación la Cartilla de los Derechos Sexuales Juveniles más el sustento que le da legalidad jurídica:
 1. Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad Art. 4 y 5
 2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual Art. 3, 4, 6, 14 y 16
 3. Derecho a manifestar públicamente mis afectos Art. 2, 4, 6, 8, 8, 14 y 16
 4. Derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad Art. 4
 5. Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada Art. 18
 6. Derechos a vivir libre de violencia sexual Art. 4, 20, 21 y 22

- 7. Derecho a la libertad reproductiva Art. 4, 6 y 16
 - 8. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad Art. 1 y 4
 - 9. Derecho a vivir libre de toda discriminación Art. 1, 2 y 4
 - 10. Derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad Art. 3, 4, 6 y 24
 - 11. Derecho a la educación sexual Art. 3, 4 y 24
 - 12. Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva Art. 6
 - 13. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad Art. 6, 8 y 9
3. En 1928 Louis L. Thurston, pensó “a la actitud como el afecto a favor o en contra de un objeto psicológico”. Javiedes, M. (2004). Por su parte Rensis Likert (1932), expuso las bases del modelo de medición de cinco puntos, conocida como escala tipo Likert. Sánchez, F y otros, (1998)
4. Sin embargo, es posible que se dé un fenómeno que imposibilite los cambios, la inhibición proactiva o transferencia negativa. En general, este fenómeno parece constituir uno de los principales factores de la resistencia frente al cambio ya que se produce cuando algunos de los aprendizajes con los que cuenta una persona ejerce algún tipo de interferencia en los contenidos de nuevos aprendizajes impidiendo que estos sean retenidos y recordados. No obstante, Bandura (en la teoría del aprendizaje social), menciona el tema del refuerzo que será determinante para la adquisición de un nuevo aprendizaje, este, estará definido por si las consecuencias sobre la conducta aprendida ha sido positiva o negativa. Será necesario por tanto, que los refuerzos frente a lo aprendido sean positivos.

Capítulo VI

6.1. METODOLOGÍA

Planteamiento del problema

¿Es posible que a través de un taller de sensibilización en salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos, las actitudes de las y los adolescentes respecto a la sexualidad se modifiquen?

Objetivo

Que las y los adolescentes tengan un cambio de actitudes respecto a la sexualidad al contar con la información necesaria y al ser sensibilizados en el uso y promoción de sus derechos sexuales y reproductivos.

Hipótesis

Hipótesis conceptual: De acuerdo con Quiroz (2004) si se utilizan técnicas de comunicación persuasiva o de análisis profundo en un instrumento para la reflexión –como lo es un taller- un individuo puede cambiar de actitud respecto a cualquier tema; incluso es factible hacer cambios de mentalidad en un grupo o en toda una comunidad.

Hipótesis de trabajo: Si las y los adolescentes participan en un taller de sensibilización en derechos sexuales y reproductivos y promoción de la salud sexual y reproductiva, entonces mostrarán cambios de conducta y de actitudes.

Variables

Variable Independiente: Taller de sensibilización en Derechos Sexuales y Reproductivos

Definición conceptual: Un taller de sensibilización es una herramienta en la que se puede emplear uno o varios procedimientos psicológicos, como lo es la comunicación persuasiva, con el fin de que las y los participantes obtengan un cambio de actitudes, y con ellos, beneficios (Estrada, 2004). Los Derechos Sexuales y Reproductivos, son parte del proceso evolutivo de los Derechos Humanos y su definición ha ido incorporando progresivamente las necesidades de las mujeres y hombre en el tema de la salud sexual y reproductiva. Estos no están separados de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

Definición operacional: Se refiere a que tanto las mujeres como los hombres tienen la capacidad para controlar sus vidas reproductivas, en el goce de su sexualidad.

Variable Dependiente: Actitudes hacia la sexualidad

Definición conceptual: Para Morales (1994) una actitud es la predisposición a responder a un objeto y no en sí la conducta que se tenga hacia él. Es aprendida, ya que es resultado de los procesos afectivos, cognitivos y conductuales. Frazier (1949) toma en cuenta cinco puntos básicos sobre la formación de las actitudes hacia la sexualidad en un individuo, éstas son: la familia, la cual transmite a las y los niños el prototipo cultural del grupo o clase a la que pertenecen, la cultura del grupo, la posición social de la familia, el grado de participación del individuo en el grupo, que determina la influencia que ejerce éste sobre sus actitudes y las películas, revistas y otros medios de comunicación (Olivares, 2003).

Definición operacional: Puntaje obtenido a través del cuestionario de Actitudes hacia la sexualidad y de actitudes hacia el SIDA posterior a la implementación de un taller sobre salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos.

Variable externa: Ausentismo escolar.

Población

El taller sobre salud y derechos sexuales y reproductivos se dirige a los jóvenes, mujeres y hombres, estudiantes del segundo año en la secundaria pública No. 182 "Alexis Carrel", turno vespertino.

Muestra

En el grupo control se utilizará una muestra de 16 alumnos, mujeres y hombres; para el grupo experimental se utilizará una muestra de 22 alumnos mujeres y hombres. En ambos grupos están entre 12 y 15 años. Todos alumnos de la secundaria pública No. 182 "Alexis Carrel", turno vespertino; ubicada en la calle Guillermo González Camarena número 103, colonia Santa Cruz, delegación Iztapalapa en la Ciudad de México. Siendo una muestra probabilística.

Muestreo

El tipo de muestreo para esta investigación fue probabilístico caracterizándose porque en éste, cada elemento de la población tiene una probabilidad conocida y no nula de ser seleccionado. Dentro de éste tipo de muestreo se tomará el "aleatorio simple donde la selección de los elementos de la muestra se hace en una sola etapa, directamente y sin reemplazamiento. Este muestreo se aplica fundamentalmente en investigaciones sobre poblaciones pequeñas, plenamente identificadas" (Rodríguez, 1993),

Diseño de la investigación

Se empleará un método cuasiexperimental, pretest – post-test; utilizando un grupo experimental y otro control (Campbell y Stanley, 1979). Esto es, se aplicará un cuestionario de actitudes hacia la sexualidad y SIDA, posteriormente un taller de salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos, finalizando con la aplicación del mismo cuestionario inicial.

Escenario

La aplicación del cuestionario, así como el taller se realizaron en la sala de usos múltiples de la institución escolar, que cuenta con 50 bancas, pizarrón, servicio de video y audio. En un horario de 17:00 a 19:00 horas.

Instrumento

Se utilizará el instrumento elaborado por Alfaro (1991) de actitudes hacia la sexualidad y actitudes hacia el SIDA. Este instrumento mide las actitudes a través de una escala tipo Likert. La primera versión del instrumento de actitudes hacia la sexualidad se conformó por 62 reactivos estructurados en forma de afirmación. 50% de ellos positivos y el resto negativos (Olivares, 2003). Cada reactivo tiene cinco alternativas de respuesta que van de: totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Los reactivos se construyeron de acuerdo a los siguientes factores: masturbación, virginidad, relaciones sexuales pre maritales, aborto, embarazo y anticonceptivos, además con preguntas que exploran si el adolescente ha tenido o no relaciones sexuales, la frecuencia con las que las han tenido, si usan o no anticonceptivos y la clase de anticonceptivos que utilizan. La escala de actitudes hacia el SIDA de Alfaro (1991) se elaboró originalmente con 60 reactivos, también un 50% de ellos positivos y el resto negativos. Los reactivos se construyeron de acuerdo a los factores del control y prevención del SIDA, miedo a contraer la enfermedad, enfermos de SIDA y población de alto riesgo de contraer SIDA (Olivares, 2003).

Ambos instrumentos se pilotearon con adolescentes de 15 a 20 años, 25 mujeres y 25 hombres. Los datos obtenidos se analizaron mediante la prueba *t*, la cual se utilizó para examinar la capacidad discriminativa de cada reactivo, tanto del instrumento de sexualidad como el de SIDA, de esta forma se seleccionaron los reactivos más representativos, cuya probabilidad era menor o igual a 0.05 (Olivares, 2003). A partir de estos resultados se formaron los dos instrumentos, los cuales se aplicaron a 480 adolescentes (240 hombres y 240 mujeres) entre 15 y 20 años de la Escuela Nacional Preparatoria para poder así obtener la confiabilidad y la validez de los instrumentos (Olivares, 2003). Quedando finalmente 32 reactivos en la escala de sexualidad y 25 reactivos en la escala de SIDA.

Para cubrir la escala de derechos sexuales y reproductivos, aunados a la escala de actitudes hacia la sexualidad y SIDA, se piloteo un cuestionario de 24 preguntas afirmativas con un grupo de jóvenes, 25 mujeres y 20 hombres del segundo año de secundaria. Los datos que se obtuvieron se analizaron a

través de una *prueba t*. Se seleccionaron diez reactivos como los más representativos (Nava & Quintana, 2006) (1). Los reactivos se construyeron sobre factores que describen los derechos sexuales y reproductivos descritos en la Cartilla de Derechos Sexuales y Reproductivos de las y los jóvenes.

El cuestionario final consta de 67 reactivos (ver el ANEXO I). Esta conformado para analizar las actitudes de las y los jóvenes frente al aborto, el autoerotismo, la primera vez, la virginidad, el SIDA, la salud sexual y reproductiva, la prevención, los derechos sexuales y reproductivos como el derecho a decidir, al ejercicio pleno de la sexualidad, a decidir con quien compartir se sexualidad, a la reproducción, al acceso a los servicios de salud, a la violencia y a la información, control y prevención del SIDA, miedo a contraer SIDA, identificación de la población en riesgo.

El cuestionario permite que las y los jóvenes manifiesten la actitud que tienen frente a la sexualidad en su conjunto.

También se realizaron una serie de preguntas iniciales complementarias al cuestionario para clasificar a la población y obtener información pertinente para la investigación como, nombre, edad y sexo. La intención era contar con el dato estadístico de la muestra.

Material

Cuestionario, lápiz, banca.

Procedimiento

Fase 1. Se contactó a las autoridades correspondientes para obtener el permiso para la realización del taller que llevó por tema “La sexualidad”. Posteriormente se solicitó la autorización de los padres de familia para llevar a cabo el taller que va dirigido a las y los adolescentes que cursan el 2° año. Tanto el grupo como el turno fueron asignados por las autoridades de dicho plantel por razones internas.

Fase 2. Una vez obtenida dicha autorización, se asignaron dos grupos, quedando uno como grupo control y otro como experimental.

Fase 3. Se entabló relación con los participantes de los grupos; de manera que las y los adolescentes conocieran a la facilitadora, como los propósitos de la presente investigación. Posteriormente se dio la bienvenida a las y los participantes de ambos grupos y se despejaron inquietudes en relación al trabajo que se realizaría con ellas y ellos. Se les comentó que un grupo sería control y otro experimental y en lo que consistiría esa separación. Se les motivó a participar activamente tanto en las dinámicas como en las discusiones que se generaron en dichas sesiones y en los comentarios que se pudieran hacer al finalizar cada una de éstas. Finalmente, se aplicó un pre-test a ambos grupos, con el objetivo de conocer sus actitudes respecto a la sexualidad hasta ese momento.

Fase 4. Ya separados los grupos, el siguiente paso fue sensibilizar al grupo experimental a través de un taller basado en las necesidades específicas de la investigación y del instrumento de medición de actitudes. El taller se llevó a cabo en diez sesiones con una duración de 120 minutos cada uno. En él se buscó que las y los jóvenes fueran capaces de analizar y generar sus propios discursos sobre la sexualidad promoviendo la salud sexual y reproductiva a través de la promoción de sus derechos sexuales y reproductivos con la finalidad de obtener cambios en sus actitudes frente a la sexualidad. A continuación se presentará una breve descripción de los objetivos a alcanzar por sesión (ver el Anexo II):

Sesión 1

Tema: Sexo y Sexualidad

Objetivo: Romper el hielo con las y los participantes al taller y propiciar la interacción entre ellas y ellos y la psicóloga. Además, que los participantes sean capaces de diferenciar entre sexo y sexualidad y a través de la discusión se analice el concepto de sexualidad desde un punto de vista amplio.

Sesión II

Tema: Adolescencia y sexualidad

Objetivo: Aclarar la diferencia entre pubertad y adolescencia y que les quede clara la etapa de desarrollo adolescente en la que se encuentran. Se fomentará la discusión de las diferencias entre varones y mujeres.

Sesión III

Tema: La socialización de la sexualidad

Objetivo: Que las y los participantes conozcan la categoría de género como una herramienta que definirá la diferencia entre nacer con características sexuales específicas para el varón y la mujer y lo que nos dicen a través de la cultura que debe hacer cada uno.

Sesión IV

Tema: Anatomía y fisiología sexual (masculina y femenina)

Objetivo: Las y los adolescentes serán capaces de explicar la anatomía y la fisiología sexual de ambos sexos, así como concientizarse de los cambios que se generan en el cuerpo humano durante la respuesta sexual. Se cerrará la sesión con los comentarios que surjan respecto a la importancia de conocer las partes y funciones de nuestro cuerpo y de la respuesta que éste da a la sexualidad, permitiendo cualquier tipo de comentario.

Sesión V

Tema: Salud sexual y salud reproductiva

Objetivo: Conocerán las medidas preventivas para una relación sexual placentera y libre de embarazo y Enfermedades de Transmisión Sexual a través del uso de métodos anticonceptivos tanto mecánicos como naturales, además de información sobre las formas del cuidado en la salud (recomendaciones de especialistas y lugares donde los pueden atender gratuitamente). Se finalizará esta sesión con comentarios de las y los participantes permitiendo generar cualquier tipo de pregunta.

Sesión VI

Tema: Embarazo en la adolescencia

Objetivo: Fomentar en el grupo la discusión de todas las consecuencias biopsicosociales del embarazo adolescente, enfatizando cuales serían las condiciones óptimas para concebir un bebé y la edad idónea para ello, así como las responsabilidades que implicaría. Además de recordar la sesión anterior respecto a la prevención. Se abrirá el debate sobre sus inquietudes y sentimientos respecto a este tema.

Sesión VII

Tema: Enfermedades de Transmisión sexual

Objetivo: Que las y los participantes se reconozcan inmersos en una realidad que los incluye, al conocer las principales ITS, sus síntomas y las edades más concurrentes en las que la gente se contagia; pero sobre todo, aclararles las diferentes formas en las que éstas pueden ser prevenidas.

Sesión VIII

Tema: Anticoncepción

Objetivo: Las y los participantes conocerán los principales métodos anticonceptivos que ellos pueden utilizar en caso de que deseen iniciar su vida sexual activa; así como los principales beneficios y desventajas de cada uno de ellos. Con el objetivo de que su elección sea lo más informada y responsable posible.

Sesión IX

Tema: Derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos

Objetivo: Las y los adolescentes tendrán en cuenta lo importante que resulta su participación en el proceso de construcción social, del cual ellos también forman parte. Asimismo, se pretende que les quede claro que a través del ejercicio de sus derechos en cada etapa de su vida, es como ellos pueden participar para transformar su realidad. Finalmente, se busca que los jóvenes puedan colocarse en una situación de conocer, exigir y defender sus derechos.

Sesión X

Tema: La importancia de la educación en la Sexualidad y empoderamiento

Objetivo: Los y las adolescentes se darán cuenta de la importancia que tiene la educación sexual para adquirir libertad de construirse, deconstruirse y volver a construir dependiendo de sus necesidades. De esta manera podrá actuar y decidir con responsabilidad, conociendo las obligaciones a las que se hacen acreedores o acreedoras al tomar una decisión, y tener los conocimientos suficientes para poder prever las consecuencias de un acto.

Fase 5. Al finalizar el taller con el grupo experimental, se aplicó nuevamente el cuestionario a ambos grupos, para registrar si hubo o no cambios de actitud frente a la sexualidad y comparar. Finalmente se hizo una reflexión grupal acerca de sus opiniones sobre el taller y sobre los contenidos.

Fase 6. Para culminar se procedió a la captura de los resultados en el programa estadístico SPSS (versión 12), tanto de lo obtenido en el pre-test

como en el post-test de ambos grupos. Posteriormente se realizó una comparación de medias entre el grupo control y el grupo experimental.

Notas

1. Realizado dentro del proyecto de investigación d Adolescentes y sexualidad, de la UACM.

Capítulo VII

7.1. RESULTADOS

Cuestionario de actitudes

La escala de actitudes constó de 67 reactivos que fueron agrupados en 13 factores, con la finalidad de evaluar por separado el cambio de actitud por temas específicos. Cada factor fue integrado por diferente número de ítems. Cada ítem se midió mediante una escala tipo Likert, constando tanto de reactivos positivos como negativos, cada uno con cinco posibilidades de respuesta; estas eran, totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. En la siguiente tabla se mostrarán los 13 factores que se evaluaron en esta investigación, así como los ítems que las conforman (para mayor detalle ver ANEXO I).

Sobre cuestionario de actitudes

| CUESTIONARIO DE ACTITUDES | |
|---|-------------------------------------|
| FACTOR | ITEMS |
| 1. Aborto | 7, 14, 30, 14, 30 |
| 2. Autoerotismo | 11, 18, 21, 24 |
| 3. Primera vez | 20, 25, 36, 48, 51, 59 |
| 4. Relaciones pre maritales y virginidad | 1, 2, 17, 27, 29, 32 |
| 5. SIDA | 35, 37, 39, 40, 44, 53 |
| 6. Salud sexual y reproductiva | 10, 28, 46, 47, 53, 28 |
| 7. Prevención | 42, 43, 49, 57, 63, 65 |
| 8. Derecho a tener derechos sexuales y reproductivos | 4, 5, 6, 12, 34, 45, 50, 54, 60, 64 |
| 9. Decisión sobre el cuerpo y la sexualidad | 8, 9, 19, 22, 26 |
| 10. Ejercicio y goce pleno de la sexualidad | 13, 16, 23, 56 |
| 11. Compartir vida y sexualidad | 3, 31, 58 |
| 12. Libertad reproductiva, servicios de salud sexual y salud reproductiva | 15, 33, 52, 55, 67 |
| 13. Educación sexual | 38, 41, 61, 62, 66 |

Cada ítem contiene una respuesta que se concentra en un factor, y este a su vez refleja una actitud frente a lo que describe cada una y cada uno de los entrevistados. La intención es concentrarlos en factores para poder contar con diferencias significativas y buscar un cambio de actitud real del pre-test al post-test.

Resultados del pre-test / post-test

Resulta importante hacer una breve descripción de los participantes de la investigación utilizando datos complementarios obtenidos a través de preguntas extras básicas iniciales. Ambos grupos (control y experimental)

pertenecían al turno vespertino, conformados por 45 alumnos inscritos para cada grupo. Lo que se obtuvo fue una muestra real de 38 alumnos pertenecientes a ambos grupos.

Sexo biológico

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Hombre | 23 | 60.5 | 60.5 | 60.5 |
| | Mujer | 15 | 39.5 | 39.5 | 100.0 |
| | Total | 38 | 100.0 | 100.0 | |

Las edades de los integrantes estuvieron dentro de un rango de 12 a 16 años. Se encontró que en ésta muestra hay una variedad particular en el rango de edad, con el porcentaje más alto dentro de los 14 años.

Edad de las y los participantes

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 12 | 1 | 2.6 | 2.6 | 2.6 |
| | 13 | 2 | 5.3 | 5.3 | 7.9 |
| | 14 | 19 | 50.0 | 50.0 | 57.9 |
| | 15 | 13 | 34.2 | 34.2 | 92.1 |
| | 16 | 3 | 7.9 | 7.9 | 100.0 |
| | Total | 38 | 100.0 | 100.0 | |

La muestra culminó siendo variada en cuanto a la edad, sin embargo, la intención inicial era que los alumnos pertenecieran al segundo año de secundaria, cumpliéndose ese objetivo.

A continuación se presentaran los resultados obtenidos del trabajo de investigación en donde se describirán las estadísticas obtenidas al aplicar una *t de student* buscando comparar los datos del pre-test y el post-test en los grupos control y experimental.

Prueba t para muestras independientes: puntaje total

Los resultados obtenidos en el grupo control y experimental, antes y después de la aplicación del taller muestran que existe una diferencia entre las medias de los grupos respecto al post-test, al obtener una *t* de -2.499 con un nivel de significancia de .020 con 22 gl. (Véase la tabla a continuación).

Estadística descriptiva. Tabla 1

| Momento | Grupo | Número de muestra | Media | Desviación | Error típ. de la media |
|-----------|--------------|-------------------|--------|------------|------------------------|
| Pre-test | Control | 10 | 1.6910 | 0.25466 | 0.08053 |
| | Experimental | 16 | 1.7603 | 0.31353 | 0.07838 |
| Post-test | Control | 8 | 1.3769 | 0.40474 | 0.14310 |
| | Experimental | 16 | 1.7603 | 0.32815 | 0.08204 |

Prueba t

| Puntaje total | T | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias |
|-------------------------------------|--------|--------|------------------|----------------------|
| Pre-test | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -.586 | 24 | .563 | -.06922 |
| No se han asumido varianzas iguales | -.616 | 22.184 | .544 | -.06922 |
| Pos-test | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -2.499 | 22 | .020 | -.38340 |
| No se han asumido varianzas iguales | -2.324 | 11.765 | .039 | -.38340 |

Dado que se desea conocer cuál es el factor o los factores que probablemente marcan la diferencia entre los grupos, se procede a presentar cada factor con su *prueba t* correspondiente.

Prueba t para muestras independientes: factor ABORTO

Como se observa en la tabla 2, los datos obtenidos indican que no hubo diferencias significativas entre los grupos, ni antes, ni después del taller, ya que los valores obtenidos del nivel de significancia son mayores a .05.

Estadística descriptiva. Tabla 2

| Momento | Grupo | Número de muestra | Media | Desviación | Error típ. de la media |
|-----------|--------------|-------------------|--------|------------|------------------------|
| Pre-test | Control | 16 | 2.0000 | 0.97373 | 0.24343 |
| | Experimental | 21 | 1.9841 | 0.95147 | 0.20763 |
| Post-test | Control | 13 | 2.1795 | 1.13542 | 0.31491 |
| | Experimental | 21 | 1.9683 | 0.80211 | 0.17504 |

Prueba t

| Momento | t | Gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia |
|-------------------------------------|-------|--------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Pre-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | 0.050 | 35.000 | 0.961 | 0.01587 | 0.31892 |
| No se han asumido varianzas iguales | 0.050 | 32.044 | 0.961 | 0.01587 | 0.31995 |
| Post-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | 0.636 | 32.000 | 0.529 | 0.21123 | 0.33210 |
| No se han asumido varianzas iguales | 0.586 | 19.446 | 0.564 | 0.21123 | 0.36028 |

Prueba t para muestras independientes: factor AUTOEROTISMO

La tabla 3, muestra que los valores de t para el post-test, en los grupos, son significativos, dado que la t es -2.066 con un nivel de significancia de .046 y 36 gl., describiendo la posibilidad de cambios en las y los alumnos asistentes al taller.

Estadística descriptiva. Tabla 3

| Momento | Grupo | Número de muestra | Media | Desviación | Error típ. De la media |
|-----------|--------------|-------------------|--------|------------|------------------------|
| Pre-test | Control | 16 | 2.0000 | 0.54006 | 0.13502 |
| | Experimental | 20 | 1.8625 | 0.76294 | 0.17060 |
| Post-test | Control | 16 | 1.5469 | 0.59315 | 0.14829 |
| | Experimental | 22 | 1.9545 | 0.60571 | 0.12914 |

Prueba t

| Momento | T | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia |
|-------------------------------------|--------|--------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Pre-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | 0.608 | 34.000 | 0.547 | 0.13750 | 0.22599 |
| No se han asumido varianzas iguales | 0.632 | 33.572 | 0.532 | 0.13750 | 0.21756 |
| Post-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -2.066 | 36.000 | 0.046 | -0.40767 | 0.19731 |
| No se han asumido varianzas iguales | -2.073 | 32.874 | 0.046 | -0.40767 | 0.19664 |

Prueba t para muestras independientes: factor PRIMERA VEZ

La tabla 4 muestra que en los datos obtenidos no hubo diferencias significativas entre los grupos, (aun cuando el pre-test arrojará datos menores a .05), ya que los valores obtenidos del nivel de significancia en el post-test son mayores a .05, como se puede ver a continuación.

Estadística descriptiva. Tabla 4

| Momento | Grupo | Número de muestra | Media | Desviación | Error típ. de la media |
|-----------|--------------|-------------------|--------|------------|------------------------|
| Pre-test | Control | 15 | 1.2533 | 0.55789 | 0.14405 |
| | Experimental | 22 | 1.6455 | 0.54136 | 0.11542 |
| Post-test | Control | 14 | 1.3286 | 0.88268 | 0.23591 |
| | Experimental | 20 | 1.6700 | 0.86882 | 0.19427 |

Prueba t

| Momento | T | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia |
|-------------------------------------|--------|--------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Pre-test | | | | | |
| Se han sumido varianzas iguales | -2.137 | 35.000 | 0.040 | -0.39212 | 0.18351 |
| No se han asumido varianzas iguales | -2.124 | 29.611 | 0.042 | -0.39212 | 0.18458 |
| Post-test | | | | | |
| Se han sumido varianzas iguales | -1.120 | 32.000 | 0.271 | -0.34143 | 0.30472 |
| No se han asumido varianzas iguales | -1.117 | 27.848 | 0.273 | -0.34143 | 0.30560 |

Prueba t para muestras independientes: factor RELACIONES PREMARITALES Y VIRGINIDAD

Como se observa en la tabla 5, los datos obtenidos indican que no hubo diferencias significativas entre los grupos, ni antes, ni después del taller, ya que los valores obtenidos del nivel de significancia son mayores a .05.

Estadística descriptiva. Tabla 5

| Momento | Grupo | Número de muestra | Media | Desviación | Error típ. de la media |
|-----------|--------------|-------------------|--------|------------|------------------------|
| Pre-test | Control | 16 | 1.6964 | 0.59904 | 0.14976 |
| | Experimental | 20 | 1.7714 | 0.56652 | 0.14976 |
| Post-test | Control | 13 | 1.8352 | 0.77338 | 0.21450 |
| | Experimental | 22 | 1.9805 | 0.68056 | 0.14510 |

Prueba t

| Momento | T | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia |
|-------------------------------------|--------|--------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Pre-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -0.385 | 34.000 | 0.703 | -0.07500 | 0.19490 |
| No se han asumido varianzas iguales | -0.382 | 31.438 | 0.705 | -0.07500 | 0.19615 |
| Post-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -0.581 | 33.000 | 0.565 | -0.14535 | 0.25037 |
| No se han asumido varianzas iguales | -0.561 | 22.770 | 0.580 | -0.14535 | 0.25896 |

Prueba t para muestras independientes: factor VIH

Como se observa en la tabla 6, los datos obtenidos indican que no hubo diferencias significativas entre los grupos, ni antes, ni después del taller, como lo demuestran los valores obtenidos del nivel de significancia que son mayores a .05.

Estadística descriptiva. Tabla 6

| Momento | Grupo | Número de muestra | Media | Desviación | Error típ. de la media |
|-----------|--------------|-------------------|--------|------------|------------------------|
| Pre-test | Control | 15 | 2.1200 | 0.67528 | 0.17436 |
| | Experimental | 21 | 1.9714 | 0.60427 | 0.13186 |
| Post-test | Control | 15 | 1.7200 | 0.74757 | 0.19302 |
| | Experimental | 21 | 1.9905 | 0.61148 | 0.13344 |

Prueba t

| Momento | t | Gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia |
|-------------------------------------|--------|--------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Pre-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | 0.693 | 34.000 | 0.493 | 0.14857 | 0.21449 |
| No se han asumido varianzas iguales | 0.680 | 28.149 | 0.502 | 0.14857 | 0.21860 |
| Post-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -1.193 | 34.000 | 0.241 | -0.27048 | 0.22679 |
| No se han asumido varianzas iguales | -1.153 | 26.364 | 0.259 | -0.27048 | 0.23465 |

Prueba t para muestras independientes: factor SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La tabla 7, muestra que los valores de *t* para el post-test son significativos en ambos grupos, dado que la *t* es -2.617 con un nivel de significancia de .013 y 32 gl., describiendo la posibilidad de cambios en las y los alumnos asistentes al taller.

Estadística descriptiva. Tabla 7

| Momento | Grupo | Número de muestra | Media | Desviación | Error típ. de la media |
|-----------|--------------|-------------------|--------|------------|------------------------|
| Pre-test | Control | 15 | 1.7636 | 0.30112 | 0.07775 |
| | Experimental | 22 | 1.7810 | 0.49528 | 0.10559 |
| Post-test | Control | 14 | 1.3247 | 0.31027 | 0.08292 |
| | Experimental | 20 | 1.6955 | 0.46098 | 0.10308 |

Prueba t

| Momento | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia |
|-------------------------------------|--------|--------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Pre-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -0.121 | 35.000 | 0.904 | -0.01736 | 0.14342 |
| No se han asumido varianzas iguales | -0.132 | 34.661 | 0.895 | -0.01736 | 0.13113 |
| Post-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -2.617 | 32.000 | 0.013 | -0.37078 | 0.14167 |
| No se han asumido varianzas iguales | -2.803 | 31.976 | 0.009 | -0.37078 | 0.13229 |

Prueba t para muestras independientes: factor PREVENCIÓN

La tabla 8, muestra que los valores de t para el post-test, en los grupos, son significativos, dado que la t es -2.757 con un nivel de significancia de $.009$ y 34 gl., evidenciando la posibilidad de cambios en las y los alumnos asistentes al taller.

Estadística descriptiva. Tabla 8

| Momento | Grupo | Número de muestra | Media | Desviación | Error típ. de la media |
|-----------|--------------|-------------------|--------|------------|------------------------|
| Pre-test | Control | 15 | 1.6583 | 0.37639 | 0.09718 |
| | Experimental | 22 | 1.6250 | 0.48795 | 0.10403 |
| Post-test | Control | 16 | 1.2344 | 0.37046 | 0.09261 |
| | Experimental | 20 | 1.6375 | 0.48140 | 0.10764 |

Prueba t

| Momento | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia |
|-------------------------------------|--------|--------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Pre-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | 0.223 | 35.000 | 0.825 | 0.03333 | 0.14957 |
| No se han asumido varianzas iguales | 0.234 | 34.376 | 0.816 | 0.03333 | 0.14236 |
| Post-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -2.757 | 34.000 | 0.009 | -0.40313 | 0.14622 |
| No se han asumido varianzas iguales | -2.839 | 33.966 | 0.008 | -0.40313 | 0.14200 |

Prueba t para muestras independientes: factor DERECHO A TENER DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La tabla 9 muestra que en los datos obtenidos no hubo diferencias significativas entre los grupos, ni antes, ni después del taller, como lo indican los valores obtenidos del nivel de significancia, que son mayores a .05. Verlos a continuación.

Estadística descriptiva. Tabla 9

| Momento | Grupo | Número de muestra | Media | Desviación | Error típ. de la media |
|-----------|--------------|-------------------|--------|------------|------------------------|
| Pre-test | Control | 11 | 1.5000 | 0.40089 | 0.12087 |
| | Experimental | 20 | 1.7161 | 0.26410 | 0.05905 |
| Post-test | Control | 14 | 1.5816 | 0.53478 | 0.14293 |
| | Experimental | 19 | 1.7575 | 0.38162 | 0.08755 |

Prueba t

| Momento | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia |
|-------------------------------------|--------|--------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Pre-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -1.810 | 29.000 | 0.081 | -0.21607 | 0.11937 |
| No se han asumido varianzas iguales | -1.606 | 14.897 | 0.129 | -0.21607 | 0.13453 |
| Post-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -1.104 | 31.000 | 0.278 | -0.17589 | 0.15928 |
| No se han asumido varianzas iguales | -1.049 | 22.317 | 0.305 | -0.17589 | 0.16761 |

Prueba t para muestras independientes: factor DECISIÓN SOBRE EL CUERPO Y LA SEXUALIDAD

La tabla 10 muestra que en los datos obtenidos no hubo diferencias significativas entre los grupos, (aun cuando el pre-test arrojara datos menores o iguales a .05), ya que los valores obtenidos del nivel de significancia en el post-test son mayores a .05, como se puede ver a continuación.

Estadística descriptiva. Tabla 10

| Momento | Grupo | Número de muestra | Media | Desviación | Error típ. de la media |
|-----------|--------------|-------------------|--------|------------|------------------------|
| Pre-test | Control | 15 | 1.2889 | 0.46915 | 0.12114 |
| | Experimental | 22 | 1.8333 | 0.58869 | 0.12551 |
| Post-test | Control | 16 | 1.8333 | 0.73030 | 0.18257 |
| | Experimental | 22 | 1.8182 | 0.67241 | 0.14336 |

Prueba t

| Momento | t | Gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia |
|-------------------------------------|--------|--------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Pre-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -2.989 | 35.000 | 0.005 | -0.54444 | 0.18217 |
| No se han asumido varianzas iguales | -3.121 | 34.040 | 0.004 | -0.54444 | 0.17443 |
| Post-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | 0.066 | 36.000 | 0.948 | 0.01515 | 0.22905 |
| No se han asumido varianzas iguales | 0.065 | 30.828 | 0.948 | 0.01515 | 0.23213 |

Prueba t para muestras independientes: factor EJERCICIO Y GOCE PLENO DE LA SEXUALIDAD

En la tabla 11 se puede observar, que en los datos obtenidos no hubo diferencias significativas entre los grupos, ni antes, ni después del taller, como lo indican los valores derivados del nivel de significancia, que son mayores a .05. Verlos a continuación.

Estadística descriptiva. Tabla 11

| Momento | Grupo | Número de muestra | Media | Desviación | Error típ. de la media |
|-----------|--------------|-------------------|--------|------------|------------------------|
| Pre-test | Control | 15 | 1.6471 | 0.29454 | 0.07605 |
| | Experimental | 20 | 1.6125 | 0.57340 | 0.12822 |
| Post-test | Control | 15 | 1.6750 | 0.62643 | 0.16174 |
| | Experimental | 20 | 1.9000 | 0.49604 | 0.11092 |

Prueba t

| Momento | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia |
|-------------------------------------|--------|--------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Pre-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | 0.180 | 33.000 | 0.859 | 0.02917 | 0.16242 |
| No se han asumido varianzas iguales | 0.196 | 29.727 | 0.846 | 0.02917 | 0.14907 |
| Post-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -1.187 | 33.000 | 0.244 | -0.22500 | 0.18961 |
| No se han asumido varianzas iguales | -1.147 | 26.023 | 0.262 | -0.22500 | 0.19612 |

Prueba t para muestras independientes: factor COMPARTIR VIDA Y SEXUALIDAD

La tabla 12 muestra que en los datos obtenidos no hubo diferencias significativas entre los grupos, ni antes, ni después del taller, como lo indican los valores obtenidos del nivel de significancia, que son mayores a .05. Verlos a continuación.

Estadística descriptiva. Tabla 12

| Momento | Grupo | Número de muestra | Media | Desviación | Error típ. de la media |
|-----------|--------------|-------------------|--------|------------|------------------------|
| Pre-test | Control | 15 | 1.8167 | 0.57838 | 0.14934 |
| | Experimental | 22 | 2.1477 | 0.71821 | 0.15312 |
| Post-test | Control | 16 | 1.7969 | 0.65966 | 0.16492 |
| | Experimental | 20 | 2.0625 | 0.51219 | 0.11453 |

Prueba t

| Momentos | t | Gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia |
|-------------------------------------|--------|--------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Pre-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -1.485 | 35.000 | 0.147 | -0.33106 | 0.22294 |
| No se han asumido varianzas iguales | -1.548 | 33.918 | 0.131 | -0.33106 | 0.21389 |
| Post-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -1.361 | 34.000 | 0.182 | -0.26563 | 0.19517 |
| No se han asumido varianzas iguales | -1.323 | 27.844 | 0.197 | -0.26563 | 0.20078 |

Prueba t para muestras independientes. Factor LIBERTAD REPRODUCTIVA, SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

La tabla 13 muestra que en los datos obtenidos no hubo diferencias significativas entre los grupos, ni antes, ni después del taller, como lo indican los valores obtenidos del nivel de significancia, que son mayores a .05. Verlos a continuación.

Estadística descriptiva. Tabla 13

| Momento | Grupo | Número de muestra | Media | Desviación | Error típ. de la media |
|-----------|--------------|-------------------|--------|------------|------------------------|
| Pre-test | Control | 16 | 1.5625 | 0.98953 | 0.24738 |
| | Experimental | 22 | 1.5114 | 0.66528 | 0.14195 |
| Post-test | Control | 15 | 1.2500 | 0.69437 | 0.17928 |
| | Experimental | 21 | 1.3333 | 0.78793 | 0.17194 |

Prueba t

| Momento | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia |
|-------------------------------------|--------|--------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Pre-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | 0.191 | 36.000 | 0.850 | 0.05114 | 0.26826 |
| No se han asumido varianzas iguales | 0.179 | 24.599 | 0.859 | 0.05114 | 0.28522 |
| Post-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -0.328 | 34.000 | 0.745 | -0.08333 | 0.25382 |
| No se han asumido varianzas iguales | -0.335 | 32.406 | 0.739 | -0.08333 | 0.24841 |

Prueba t para muestras independientes: factor EDUCACIÓN SEXUAL

Finalmente, la tabla 14 muestra que en los datos obtenidos no hubo diferencias significativas entre los grupos, ni antes, ni después del taller, ya que los valores obtenidos del nivel de significancia, que son mayores a .05.

Estadística descriptiva. Tabla 14

| Momento | Grupo | Número de muestra | Media | Desviación | Error típ. de la media |
|-----------|--------------|-------------------|--------|------------|------------------------|
| Pre-test | Control | 16 | 1.0625 | 0.69222 | 0.17305 |
| | Experimental | 22 | 1.2727 | 0.60705 | 0.12942 |
| Post-test | Control | 16 | 1.2344 | 0.89195 | 0.22299 |
| | Experimental | 21 | 1.6548 | 0.80807 | 0.17634 |

Prueba t

| Momento | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia |
|-------------------------------------|--------|--------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Pre-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -0.994 | 36.000 | 0.327 | -0.21023 | 0.21156 |
| No se han asumido varianzas iguales | -0.973 | 29.811 | 0.338 | -0.21023 | 0.21610 |
| Post-test | | | | | |
| Se han asumido varianzas iguales | -1.499 | 35.000 | 0.143 | -0.42039 | 0.28042 |
| No se han asumido varianzas iguales | -1.479 | 30.640 | 0.149 | -0.42039 | 0.28428 |

Capítulo VIII

8.1. *Discusión y conclusiones*

Primero que nada es necesario aclarar que la investigación y el taller, pretendían demostrar la necesidad que se tiene de capacitar y sensibilizar a las y los adolescentes en todo lo que tiene que ver con su sexualidad, colocando el elemento de los derechos humanos como el mecanismo necesario para legitimar socialmente sus prácticas y conductas y con ello cambiar las actitudes hacia lo positivo, de las nuevas generaciones.

Contando con que el objetivo de la investigación era lograr un cambio en las actitudes de las y los adolescentes a través de un taller sobre “sexualidad”, que les proporcionara mayor información sobre la salud sexual y reproductiva y sobre los derechos sexuales y reproductivos, la intención de la investigación se cumplió. Esta se llevó a cabo con dos grupos de adolescentes en situación escolar activa, dentro del segundo año de secundaria en el sistema público, quedando demostrado que el espacio educativo es el espacio idóneo para llevar a cabo cualquier iniciativa de formación referente al cambio cognitivo o conductual en el tema de la sexualidad y de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes y que es necesario que sea dentro de estos espacios donde se impartan los conocimientos sobre educación sexual integral para que sea la base en el ejercicio de una sexualidad sana, responsable y libre de riesgos para esta población. Así lo comprueba la investigación que realizó Pérez de la Barrera y Pick (2006) sobre la “conducta sexual protegida en adolescente mexicanos”, donde se trató de identificar factores que determinan la conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos, con la finalidad de generar programas de educación sexual dirigidos a reducir las conductas de riesgo. En esta investigación se concluyó “que la ausencia o bajo uso de métodos anticonceptivos incluyendo el condón están relacionados con bajo nivel de conocimientos sobre el tema, creencias erróneas asociadas a éstos y carencia de habilidades necesarias para implementar su uso” (pp. 333-340). La aportación de la presente investigación, que se suma a las conclusiones de Pérez de la Barrera y Pick, tiene que ver con el hecho de incorporar el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, su promoción y defensa a la lista de factores que se obtuvieron en la citada investigación.

Lo anterior se menciona debido a que la presente investigación, apoyada de los resultados y el análisis que se hizo de ellos, concluye que el taller logró parcialmente su objetivo, aun cuando es de una manera mínima, ya que se logró vislumbrar diferencias estadísticamente significativa en algunos de los factores analizados donde se ubican tanto la salud sexual y reproductiva como los derechos sexuales y reproductivos. Muchos de los datos que arrojó esta investigación se encuentran relacionados con la información que se manejó en el marco teórico de la presente tesis, iniciando por la relevancia histórica que tiene el tema de la sexualidad para las sociedades contemporáneas y cómo esta historia ha definido los discursos sobre los cuales se rigen las normas y las reglas en la actualidad que caracterizan las conductas y también las actitudes de sus miembros. Pero sobre todo por el tipo de población con la que

se trabajo, todos ellos adolescente de entre 12 y 16 años de edad, que tienen puntos en común, desde el puramente biológico, como la etapa de desarrollo adolescente en la que se encuentran; el psicológico, donde se ubica la maduración cognoscitiva que aporta el pensamiento lógico y conceptual, además de que se desarrolla la identidad, esto es, el adolescente frente a los otros; y la parte social donde las y los adolescentes comienzan a ser adultos, donde inician un proceso de independencia y autonomía de los padres, maestros y todo adulto que le significa autoridad.

Tanto los discursos contruidos históricamente alrededor del tema de la sexualidad, como lo común entre la población adolescente analizada, se dejó ver a la hora de llevar a cabo la investigación directa con los grupos. Por un lado, el discurso manejado por las y los adolescentes de la muestra se traduce en conductas o prácticas y actitudes que manifestaron durante todo el taller e incluso en el tipo de respuestas al cuestionario, por lo que se les mostraron otros elementos para que generaran su propio discurso sobre la sexualidad y tuvieran la posibilidad de modificar sus prácticas y actitudes y estas redujeran sus conductas de riesgo. No obstante, quedó claro que mantienen por un lado, un constante discurso basado en estereotipos y por otro, conductas tradicionales sobre sus prácticas.

Los estereotipos son “creencias fuertemente arraigadas acerca de las características que se atribuyen a ciertas categorías de personas, sin que sea importante establecer hasta qué punto estas creencias corresponden a las características reales de estas personas, dado que los estereotipos se graban inconcientemente a través del proceso de socialización y no se adquieren a través de la experiencia ni de la razón” (Huici & Moya, 1997), por lo que la influencia de los estereotipos en el comportamiento social humano es muy importante. Según Claudio Stern (2008), su importancia radica, en parte, en el hecho de que al predisponer el comportamiento hacia los otros, tienden a provocar en esos otros una respuesta esperada, contribuyendo de esa manera a reforzar el estereotipo. Esto se demostró con los datos arrojados en la investigación que tienen que ver con la evidente contradicción entre el discurso que cada una y cada uno manifestó durante el taller sobre sexualidad, y sus conductas tradicionales, que se dejaron ver tanto en el taller como en las respuestas al cuestionario. Dichas conductas tradicionales, son aquellas que las y los adolescentes aprendieron en los grupos de referencia, como la familia, la escuela básica, los grupos de amigos, y que se van reforzando a través de los estereotipos sociales y culturales, como se mencionó anteriormente.

Los elementos anteriormente mencionados, los estereotipos y las conductas tradicionales, se mostraron cuando se manejaron los distintos temas del taller, por ejemplo, cuando se trató el tema sobre anatomía y fisiología, donde se buscaba que las y los adolescentes fueran capaces de manifestar las diferencias anatómicas y fisiológicas, tanto de hombres como de mujeres, desde una visión abierta e informada, a través de debates y construcción colectiva de saber. Lo que se mostró aquí fue que, tanto las mujeres como los hombres, construyen su conducta psicológica desde los estereotipos culturales, sin fundamentos científicos y con grandes deficiencias informativas. El post-test al grupo experimental demostró que a mayor información, mejor y más

claro manejo de las diferencias entre hombres y mujeres, demostrando que existen posibilidades de que se genere una actitud positiva hacia la sexualidad y sus diferencias de género. No obstante, el mismo Stern (2008) opina que el componente inconsciente de los estereotipos, así como la importante función de normalización de los comportamientos que generan, explican por qué son tan difíciles de cambiar.

Uno de los temas ampliamente manejados dentro del taller, el de la salud sexual y reproductiva, pretendió que las y los adolescentes conocieran métodos preventivos, tanto de ITS como de embarazo adolescente, a través del conocimiento de mecanismos preventivos, de cuidado de la salud, pero también sobre sus derechos sexuales y reproductivos y las herramientas jurídicas con que cuenta el Distrito Federal para hacerlos valer, ya que según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen. Se encontró que el nivel de información con el que contaban ambos grupos era mínimo e incapaz de prestarles herramientas de prevención, como lo demuestran los datos estadísticos en el pre-test. En el taller, las y los adolescentes expresaban el desconocimiento total de sus derechos mínimos, así como una gran carga negativa hacia las prácticas preventivas y de cuidado de la salud. La presente investigación demostró que después de haber tomado el taller sobre sexualidad, las y los adolescentes presentaron cambios estadísticamente significativos en sus actitudes frente al cuidado de su salud y la prevención (como se demuestra en el capítulo de los resultados). Lo valioso del taller y de la información proporcionada, tiene que ver con lo mencionado por Pérez de la Barrera y Pick (2006), sobre el nivel de conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva necesarios para predecir conductas sexuales protegidas. Ellas afirman que “son necesarios los contenidos informativos claros y objetivos como parte fundamental de los programas de educación sexual cuyo objetivo sea el de promover conductas sexuales libres de riesgo en la población adolescente” (pp. 333-340). En su investigación sostienen que, “las creencias negativas, específicamente hacia el uso del condón, son barreras para la formación de la intención de usarlo” (pp. 333-340). No obstante “cuando las creencias conductuales negativas son revertidas, se aumenta la probabilidad de uso de anticoncepción en las y los adolescentes” (pp. 333-340).

En otro orden de ideas, es necesario destacar uno de los puntos fundamentales de la presente investigación que fue manejado a profundidad, es sobre la necesidad de educar y sensibilizar a las y los adolescentes en derechos sexuales y reproductivos y en los mecanismos existentes para hacerlos valer. Diversas organizaciones, tales como la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y la Asociación Mundial de Sexología (AMS), han reconocido y formulado declaraciones explícitas sobre la trascendencia de los derechos sexuales, aun cuando en muchas ocasiones los derechos sexuales se han reconocido únicamente en el marco de la reproducción, como sucedió en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo, así como también en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995. Los planteamientos actuales afirman que es fundamental adoptar una postura más amplia con miras a lograr el reconocimiento pleno de los derechos sexuales y es la razón

por la que en México se desarrolló la cartilla de los derechos sexuales y reproductivos (ver capítulo III). El planteamiento de ésta investigación parte de dicha necesidad. Franchesca Gargallo (2000) afirma que los derechos sexuales y reproductivos son, y deben ser considerados, como una de las formas de expresión que los sujetos deben tener para ejercer la libertad sobre sus cuerpos y para garantizar su salud. Lo que se logró en ésta investigación fue sensibilizar a las y los adolescentes del grupo experimental en la importancia que tiene la educación sexual, la prevención y sobre todo, el conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos. Se puede decir, por lo tanto, que la salud reproductiva es un estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y también, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a obtener información sobre prevención de embarazos y de ITS, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y sobre el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables; también, sobre los mecanismo que se han logrado obtener en algunas entidades federales, como la ley sobre la interrupción del embarazo hasta las doce semanas en el DF, para mujeres que no deseen culminar su embarazo, sobre el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. No obstante lo anterior, se observó que la mayoría de las y los adolescente maneja mucha información, pero en su mayoría es incorrecta y más que nada guiada por una serie de mitos como: “a la primera nadie se embaraza”, “si eres joven no te pasa nada”, “con condón no se siente lo mismo”, “solo las vírgenes valen la pena”, “la puntita no embaraza”, entre otros mitos que se deben ir modificando y aclarando. Talleres como el que se llevó a cabo en la presente investigación demuestran que son bien recibidos por la comunidad adolescente y por tanto, es una puerta abierta para la búsqueda de cambios actitudinales y de conducta.

Si se piensa que la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, a evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva, entonces lo propuesto en el marco teórico de esta tesina adquiere sentido. Durante un ejercicio que se llevó a cabo dentro del taller, en el que las y los adolescentes tenían que solicitar un método anticonceptivo, después de elegir cuál podría ser el mejor, se evidencio que la mayoría no sabía qué hacer, cuál usar o cómo pedirlo. Se habló de lo difícil que les resultaba tener que pedirlo a un farmacéutico o a la trabajadora social de los centros de salud (locales), demostrando que a pesar de que es una realidad que las y los adolescentes son sexualmente activos, aún existen tabús, mitos y mecanismos sociales arraigados en la sociedad que no permiten cambiar las cosas para que las consecuencias de esta actividad temprana adolescente no termine en un embarazo no planeado, un aborto o en una ITS, etc.

También resulta sorprendente que para muchas y muchos de los que fueron parte del grupo analizado, los métodos anticonceptivos “naturales” (ritmo y coito interrumpido), fueran considerados como efectivos, ya que muchos mencionaron que aparte de ser los más fáciles de llevar a cabo, nadie se da cuenta de que los están usando, ni tienen que pedirlos a nadie, con lo que se pueden evitar muchos problemas, ya que consideran que las pastillas u otros métodos se van a notar o bien no tienen edad para usarlos, esto en el caso de las mujeres; en el caso de los hombres creen que no tiene caso usar condón si ellos saben que las mujeres son vírgenes o bien por la creencia de que se siente lo mismo. Todo lo anterior refleja una falta de conciencia de riesgo y el desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, además del conocimiento del funcionamiento eficaz de los distintos métodos, sin embargo, el taller aportó al cambio de actitud y de prácticas de riesgo y por tanto de conducta. La necesidad de que las y los adolescentes cuenten con educación en prevención de la salud sexual y reproductiva, y sobre los mecanismos para tener acceso a esos servicios a través del conocimiento de sus derechos es fundamental para la búsqueda del desarrollo de la vida y de las relaciones personales y para que no quede meramente en asesoramiento y atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual.

Mediante la presente investigación las y los adolescentes manifestaron que se encontraban a gusto con el taller, ya que ahí se sentían con la libertad de hablar sobre su sexualidad y de manifestar sus dudas e inquietudes además de usar el lenguaje que les parece más cómodo. Expresaron que lamentablemente en otros espacios no les era posible decir lo que pensaban justo como lo pensaban. Mencionaron que siempre tienen temor a hablar de su sexualidad por el temor a cómo serán recibidas sus inquietudes, ya que algunas y algunos de ellos habían intentado, en distintas ocasiones, ser escuchados por personal de la secundaria y hasta de sus papas u otros familiares y principalmente habían recibido regaños o información que no les parecía satisfactoria o no motivaba un cambio de conducta en ellos. Por todo lo mencionado, se constató que es fundamental cubrir estas necesidades y buscar que los espacios públicos donde se concentran jóvenes, sean espacios coordinados o dirigidos por personal sensibilizado y adecuado para dicho trabajo.

Una aportación más de esta investigación fue que prestó conocimiento y comprensión de la sexualidad, así como el hecho de esta puede vivirse de forma responsable, con respeto y en la búsqueda constante de placer. Se logró sensibilizarlos en un cambio de valores y prácticas de riesgo, además de que contaran con la formación para la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos modificando sus actitudes, como se demostró en el post-test. Especialmente se logró que fueran capaces de concientizarse se los obstáculos y retos a los que se deben enfrentar en una cultura como esta.

La presente investigación evidenció la necesidad de concentrar la atención en la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes como estrategia de prevención y sobre la necesidad de que cada una y cada uno cuente con información sobre sus derechos y obligaciones respecto al tema de la sexualidad. Por lo que se concluye, lo que también han dicho Pérez de la Barrea y Pick (2006): “para poder lograr cambios en la conducta de los

individuos, los programas de salud deberán estar dirigidos primordialmente a facilitar las habilidades y conocimientos necesarios para enfrentar cada demanda situacional así como al contexto inmediato en el cual la conducta tiene lugar. Algunos ejemplos de habilidades que se han identificado como relevantes para lograr el cambio conductual en la prevención de salud son: ser capaz de tomar decisiones propias, uso de una comunicación clara, abierta y directa y la expresión de sentimientos” (pp. 333-340).

8.2. Limitaciones y sugerencias finales

Una de las principales limitaciones con las que me encontré tuvo que ver con la selección de la muestra, ya que las estadísticas manejadas por SEP solo aplica para la caracterización por delegación en el DF, no así para definir cuál o cuáles escuelas específicamente tienen los índices más altos de deserción escolar por razones de embarazos adolescentes u otras razones asociadas con la sexualidad. Por lo que la decisión del espacio priorizó el área delegacional.

Otra limitación fue que al encontrar la escuela secundaria, el director del plantel definió tanto los grupos como el turno, convirtiendo esto en una restricción para garantizar que los grupos fueran los que cumplieran con los criterios establecidos de equidad de género y tamaño de la muestra. El número de integrantes fue un problema cuando me enfrente a los grupos, ya que las listas de alumnos eran más grandes y la realidad de cada uno es que la deserción los iba mermando hasta encontrarme con un grupo reducido a la mitad, evidenciando al mismo tiempo, que los listados no estaban actualizados y se manejaban grupos a tope cuando no era real. Lo bueno fue que durante el taller no hubo bajas y se pudo mantener constante el grupo control, así como el experimental.

Una limitante más tuvo que ver con el permiso otorgado por la escuela secundaria que me orillo a llevar a cabo el taller dos semanas antes de las vacaciones de fin de año escolar, lo que modificó el ánimo, tanto de las y los alumnos, como el de la administración escolar. Las sesiones se dieron forzosamente por la tarde las dos últimas horas de cada día, por lo que al final de cada sesión a las y los alumnos les costaba más trabajo concentrarse.

Respecto a las sugerencias, se pide que quien desee repetir el taller lo haga con sesiones continuas, como se hizo en esta, pero que tome horarios escolares de inicio para que los grupos se encuentren con toda la atención posible.

También sería importante reajustar los factores, ya que algunos de ellos quedaron con muy pocos ítems, por lo que sería ideal pensar en nuevos reactivos o bien, trabajar sobre un nuevo instrumento que ayude a evaluar las actitudes hacia la sexualidad y hacia los derechos sexuales y reproductivos.

Para este ejercicio era importante que el taller aportara en el cambio de actitudes de las y los adolescentes que fueron parte de la muestra, el resultado (así como la aportación de Olivares (2003) y de Pérez de la Barrera y Pick 2006), obliga por tanto a hacer énfasis en la necesidad tan grande que se tiene

en materia de educación sexual en nuestro país, y también sobre la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y su defensa, para así poder brindar principalmente en instituciones públicas como los centros escolares el curso obligatorio sobre salud sexual y derechos, ya que esta es la base para una adolescencia sana, placentera y digna.

Así mismo, se podrían brindar talleres o cursos de sexualidad y derechos para padres con la finalidad de que tengan herramientas para orientar a sus hijos e hijas en torno a estos temas y puedan formar niñas y niños sanos en su desarrollo psicosexual.

En general el tema de la sexualidad, pero sobre todo el de los derechos sexuales y reproductivos (al ser un tema de reciente incorporación al debate), necesitan mucho trabajo y constancia, pero sobre todo necesitan de la aportación de todos quienes trabajen con jóvenes. Las inquietudes que aquí reflejo parten de la observación sobre las necesidades que cada adolescente tiene y manifiesta de distintas maneras, no escucharlos o verlas niega un problema que de continuar condenará a esta sociedad a permanecer estancada y sin cambios positivos. La adquisición de conocimientos claros y detallados sobre la sexualidad, el conocimiento y manejo de los derechos con los que cada una y cada uno cuenta, la clarificación de creencias conductuales y la facilitación de habilidades de toma de decisiones y comunicación asertiva, son la clave para un desarrollo más digno.

Referencias bibliográficas

Aberasturi, A. y Knobel, M. (1989). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México, Editorial Paidós.

Achach, R. (2000). Empoderamiento, Actitud y Nivel de información en mujeres. Tesis de Maestría no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán.

Aguilar, R., Lebrija, V., Miranda, C., y Velasco, M. (2002). *Enfermedades o infecciones sexualmente transmisibles*. Salud y sexualidad en la adolescencia. México, Ed. Pax.

Aguirre, A. (1998). *Psicología de la Adolescencia*. Bogotá, Colombia. Ed. Alfaomega.

Ahman y Shah (2002). En: González de León Aguirre, Deyanira (2002). El aborto en México. Departamento de Atención a la Salud. UAM-Xochimilco y Asesoría en Políticas para América Latina y El Caribe (IPAS). México, DF.

Álvarez de Lara, Rosa María (2005). Panorama de las garantías individuales en las constituciones mexicanas del siglo XIX. En: Moreno-Bonet, Margarita y González, María del Refugio (coord.) (2005). *La génesis de los Derechos Humanos en México*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.

Amuchástegui, A. (1999). *Construcción de género y heterosexualidad*. Memoria del primer foro de Diversidad Sexual y Derechos Humanos. Compilador: David Sánchez Camacho. México. Ed. Nueva Generación Editores.

Anónimo (1995). *La Revolución sexual*. En: *Secretos de la pareja*. Barcelona, Ed. Planeta De Agostini.

Barchino, Matías (2007) (Coord.). Territorios de la Mancha. Versiones y subversiones cervantinas en la literatura hispanoamericana. 108 colección-estudios. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. España.

Batliwala, S. (1994). *The meaning of women's empowerment: New concepts from action*. En Cedeño L. (2006). *Relación entre el empoderamiento y la conducta reproductiva y anticonceptiva*. México. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. (p. 32)

Becerril, J. (febrero, 2001) *"Hacia un ejercicio integral de los derechos sexuales"*. En Suplemento Letra S, Número 55.

Bullough, V. y Bullough, B. (1977). *Sin, Sickness and Sanity – A History of Sexual Attitudes*. Ew American Library, New York. En: Masters, W. y Johnson, V. *La sexualidad humana*. (1988) Vol. 1. Ed. Grijalbo, 1995. Traducción Rafael Andreu y Diana Falcón, 1995.

Careaga, G. (2000). Bases éticas de los derechos sexuales y reproductivos. *Libro de memorias 2. Seminarios sobre salud reproductiva y participación social, género, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos*. Universidad Autónoma de Yucatán: Fundación Ford.

Carpizo, J. (1986). *La Constitución Mexicana de 1917*. 7ª ed. México, Ed. Porrúa.

Carpizo, J. (1992). A manera de introducción, *Estudios Jurídicos en torno a la Constitución Mexicana de 1917 en su Septuagésimo Quinto Aniversario*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.

Carrillo, A. (1981). *La Constitución, la Suprema Corte y los Derechos Humanos*. México: Porrúa.

Caruso K. S. (1993). *Female sexuality and sexual counseling*. Curr Prob Obstet Gynecol Fertil. Pp. 107-34. En: Vera-Gamboa, L. (1998). *Historia de la sexualidad*. Revista Biomédica. Septiembre, No. 2.

Cerruti, B. S. (1992). *Sociedad y Sexualidad*. En: *Sexualidad Humana. Aspectos para desarrollar docencia en educación sexual*. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

Cerruti, S. (1997). Educación de la sexualidad en el contexto de la salud integral en la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W. K. Kellogg. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

CONAPO (2000). *Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico*. Serie documentos, Técnicos, CONAPO, México, 2000.

Craig, G. (1988). *Desarrollo Psicológico*. 4º Edición. México, Editorial Prentice Hall.

Darley, J. M., Glucksberg, S. y Kinchla, R. A. (1990). *Psicología*. México, Ed. Prentice-Hall.

De la Cueva, M. (1957). "La Constitución de 5 de febrero de 1857", *El Constitucionalismo a mediados del siglo XIX*, t. II, México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Del Río Chiriboga, C. (1996). *Sida y enfermedades de transmisión sexual*. En: McCary J.C y otros editores. *Sexualidad humana*. México, Manual Moderno.

Diario Oficial de la Federación el 25 de enero del 2004. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

Díaz, I. F. (1993). *La educación de los Aztecas*. México, Ed. Panorama.

Díaz, L. (1992). *Manual de Derechos Humanos*. 2ª ed. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Echebarría, A. (1991). *Psicología social sociocognoscitiva*. Bilbao, Ed. Desclée de Brouwer.

Erikson, E. (1974). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires, Editorial Paidós
Fisher, G. (1990). *Psicología social*. Madrid: Narcea.

Estrada Cedillo, Jennifer. (2004). Análisis de los efectos de un taller de sensibilización y cuidados para padres de niños con Síndrome de Down. Tesis de Licenciatura, UNAM.

Florenzano, R. U. (1988). *Salud del adolescente: bases para un plan de acción*. (Documento preliminar OPS)

Fondo de Población de Naciones Unidas. <http://www.unfpa.org.mx/acerca.htm>

Foucault, M. (1979). *Historia de la Sexualidad I: la voluntad de saber*. Trad. Ulises Guíñazú (1982), México, D.F., Ed. México Siglo XXI.

Gallotti, A. (2000). Guía sexual para adolescentes. Barcelona: Juventud, S. A.

Gálvez, E. S. (2002). *"Perspectiva educativa de los derechos sexuales y reproductivos: La prevención del VIH/SIDA en los jóvenes"*. Tesis de Licenciatura. Acatlán, UNAM.

Gargallo, F (2000). Tan derechas y tan humanas. Manual ético de los derechos humanos de las mujeres, Academia Mexicana de Derechos Humanos, México.
Gargallo, F. *"Tan derechas y tan humanas: Manual ético de los derechos humanos de las mujeres"*

González de León Aguirre, Deyanira (2002). El aborto en México. Departamento de Atención a la Salud. UAM-Xochimilco y Asesoría en Políticas para América Latina y El Caribe (IPAS). México, DF.

González, J. (2001). Psicopatología de la adolescencia. México, Ed. Manual Moderno.

González, S. S. (1992). *Realizaciones y perspectivas en la década de los noventa. El surgimiento de las posibilidades (1930-1970)*; en: *Historias de la educación sexual en México*. México: AMES-CONAPO.

González-Rizzo, V. (2004) (compiladora). *Jóvenes Sexualidad y Derechos: Cartas de Navegación*. México: The David and Lucile Packard Foundation.

Gotwald, W., Holtz, G. (1993). Sexualidad: la experiencia humana. México, Ed. Manual Moderno.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2000). Cuadernos de salud reproductiva. México.

Gutiérrez Contreras, Juan Carlos (2005). Los Derechos económicos, sociales y culturales. Memorias del seminario internacional sobre DESC. Programa de Cooperación sobre Derechos Humanos México-Comisión Europea. México.

Hernández, R. (1998). *Metodología de la investigación*. México, Ed. McGraw Hill.

Hobbes, Thomas (1994). *Leviatán: o la materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil*. México, Ed. Fondo de Cultura Económica.

Hollander, E. (1978). *Principios y métodos de psicología social*. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.

Huici, Carmen y Moya, Miguel (1997). Estereotipos. En: Morales, Francisco J. (ed.). *Psicología social*. México, Ed. McGraw-Hill.

Hurlock, E. (1987). *Psicología de la adolescencia*. 4° edición. México, Ed. Paidós.

Javiedes, M. de la L. (2004). Actitud y pensamiento. Enfoques contemporáneos de la psicología social en México, de su génesis a la ciber psicología.

Judeo cristianismo y sexualidad. (1995). Documento inédito. Instituto Mexicano de Sexología.

Kinsey A. y otros. (1948). *Sexual Behavior in the human Male*. Philadelphia: WB Saunders. En: Vera-Gamboa L. (1998). *Historia de la sexualidad*. Revista Biomédica. Septiembre, No. 2.

Kinsey y otros. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. En: Masters, W. y Jonson, V. *La sexualidad humana*. Vol. 1. Trad. Rafael Andreu y Diana Falcón (1995). México. Ed. Grijalbo.

La sexualidad en la historia. (1995). Documento inédito. Instituto Mexicano de Sexología.

Lamas, M. (1999). *Diversidad Sexual y construcción de género*. Memoria del primer foro de Diversidad Sexual y Derechos Humanos. Compilador: David Sánchez Camacho. México, Ed. Nueva Generación Editores.

Ledesma. C. M. (2000). Diseño, aplicación y evaluación de un programa de educación de la sexualidad en niños institucionalizados. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología UNAM.

Lewinsohn, R. A. (1958). *A History of Sexual Customs*. N. Y.; Lonmans Green and Co. And Harper y Row.

- Madrazo, J. (1993). *Derechos humanos, el nuevo enfoque mexicano*. México, Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Mann, L. (1983). *Elementos de psicología social*. México, Ed. Limusa.
- Martínez, R. M. (1982). *Delitos sexuales*. México, Ed. Porrúa.
- Masters, W., Jonson, V y Kolodny, R. (1988). *La sexualidad humana*. Vol. 1. Traducción Rafael Andreu y Diana Falcón (1995). México, Ed. Grijalbo.
- Masters, W., Jonson, V y Kolodny, R. (1988). *La sexualidad humana*. Vol. 3. Traducción Rafael Andreu y Diana Falcón (1995). México, Ed. Grijalbo.
- McCary, J. L. y McCary, S. P. (1983). *Sexualidad humana de McCary*. México, Ed. Manual Moderno.
- Millán, P.; Contreras, C.; Franco, F.; y Rodríguez, G. (2001). *La asertividad en las relaciones de pareja entre adolescentes desde la perspectiva de género*. Archivos Hispanoamericanos de Sexología. Vol. VII. Núm. 2. México.
- Miranda, C. (2002). *Anticoncepción en la adolescencia*. Salud y sexualidad en la adolescencia. México, Ed. Pax.
- Monroy, A. (1997). Perfil de salud sexual y reproductiva del adolescente mexicano. México, Dirección General de Salud Reproductiva.
- Monroy, A. y cols. (1987). Fecundidad en la adolescencia: causas, riesgos y opciones. Washington, Ed. PAHO.
- Monroy, A., Guadarrama, N. y Torres, L. (1996). *Un programa educativo de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia*. México, Ed. CORA.
- Monroy, A., Velasco, L. (2002). *Consecuencias del embarazo y la crianza durante la adolescencia*. Salud y sexualidad en la adolescencia. México, Ed. Pax.
- Montero, M. (2003). Teoría y práctica de la Psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad. Argentina, Ed. Paidós.
- Morales, F. (1994). *Psicología social*. Madrid: McGraw Hill.
- Núñez, L., Morris, L. Bailey, P. (1987). *Encuesta de jóvenes sobre salud sexual y reproductiva en dos de las delegaciones de la Ciudad de México*. Congreso de Psicología Social. Tlaxcala, México.
- Olivares, G. E. (2003) *Efecto de un taller de "Salud Sexual y Reproductiva" en el conocimiento y las actitudes hacia la sexualidad en la adolescencia*. Tesis de Licenciatura. México. UNAM, Facultad de Psicología.

Papalia, D. y Olds, S. W. (2001). Desarrollo humano (3era ed.). Madrid, Ed. Mc.Graw Hill –Interamerica.

Peces Barba, G y Fernández, E. (1998). Historia de los derechos fundamentales. Tomo I: Tránsito a la modernidad. Siglos XVI y XVII. Madrid, Ed. DYKINSN.

Pérez de la Barrera, Citlalli y Pick, Susan. Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. UNAM, México. Revista interamericana de psicología/Interamerican journal of psychology. 2006. Vol. 40, Núm. 3.

Pérez, G., Larrea, F. (1994). Antología de la sexualidad humana; anticoncepción. México, CONAPO.

Perlman, D. y Cozby, P. (1987). *Psicología social*. México, Ed. Interamericana.

Pick, S., Vargas-Trujillo, E. (1995). Yo adolescente. México, Ed. Grupo Editorial Planeta.

Pineda, I. (1997). Encaminándose hacia el empoderamiento. Ponencia presentada en el Seminario Latinoamericano “Estudios e investigaciones sobre mujer y género en América Latina y el Caribe; del 29 al 31 de enero, 1997, Managua, Nicaragua”.

Quiroz, A. (2004). *Actitudes y representaciones*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/Exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. American Journal of Community Psychology.

Reich, B.; y Adcock, C. (1980). *Valores, actitudes y cambio de conducta*. México, Ed. Compañía Editorial Continental S. A.

Rodríguez, A. (1993). *Psicología social* (4ta ed.). México, Ed. Trillas.

Rodríguez, G. (1992). Educación Sexual en México. Realizaciones y perspectivas en el decenio de los noventa. El pasado reciente: 1970-1992. En: Historia de la educación sexual en México. México, Ed. AMES-CONAPO.

Rosenheim. (1977). En: Masters, W., Jonson, V y Kolodny, R. (1988). *La sexualidad humana*. Vol. 3. Traducción Rafael Andreu y Diana Falcón (1995). México, Ed. Grijalbo.

Rowlands, J. (1997). Empoderamiento y mujeres rurales en Honduras, un modelo para el desarrollo. En M. León (Comp.) Poder y empoderamiento de las mujeres (pp. 213-245). Colombia; Editores del Tercer Mundo y Facultad de Ciencias Humanas.

Sánchez, F y otros, (1998). *Psicología Social*. McGRAW HILL. Madrid.

Stahlberg, D. y Frey, D. (1993). *Actitudes I: Estructura, medida y funciones*. En: Psicología social. Barcelona: Ariel.

Stein, J. (1997). *Empowerment and Women's Health*. London, Ed. Zed Books.

Stern, Claudio (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. Papeles de población, enero-marzo, No. 039. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

Stern, Claudio (coord.) (2008). *Adolescentes en México: Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, Ed. Population Council, México.

Stromquist, N. (1997). La búsqueda del empoderamiento: en que puede contribuir el campo de la educación. En, M. León (Comp.). Poder y empoderamiento de las mujeres (pp. 75-98). Colombia; Editores del Tercer Mundo y Facultad de Ciencias Humanas.

Summers, G. (1976). *Medición de actitudes*. México, Ed. Trillas.

Suplemento *Letra S*, (6 de noviembre de 1997). *La Jornada*. México.

Tannahill, R. (1980). *Sex in history. Satin an Day, New Cork*. En: Masters, W., Jonson, V y Kolodny, R. (1988). *La sexualidad humana*. Vol. 1. Traducción Rafael Andreu y Diana Falcón (1995). México, Ed. Grijalbo.

Tena, F. (1989). *Leyes Fundamentales de México 18008-1989*. 15ª ed. México, Ed. Porrúa.

Católicas por el Derecho a Decidir. Tú decides. Boletín informativo para jóvenes

Vance, C. (1989) (compiladora). *El placer y el peligro: hacia una política de la sexualidad*. En: *El placer y el peligro: explorando la sexualidad femenina*. Madrid, España, Ed. Revolución.

Vanegas, M. (2003). La sexualidad de la gente joven. Reporte de servicio social. FES Zaragoza, UNAM.

Velasco L. (2002). *Desarrollo biopsicosocial del adolescente: tareas, metas y logros*. En Monroy A. *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. Guía práctica para padres y educadores*. México, Ed. Pax México.

Velasco, L. y cols. (1993). *Manuales de bolsillo del Programa Educativo para Madres adolescentes*. México, Ed. CORA.

Velasco, M. (2002). *Prevención del VIH / sida en adolescentes y jóvenes*. Salud y sexualidad en la adolescencia. México, Ed. Pax.

Vendrell F. J. (2001). *El debate Esencialismo-constructivismo en la cuestión sexual*; en Sexualidades diversas: aproximaciones para su análisis. Careaga Pérez y Cruz Sierra S. (comp.) (2001). México, Ed. Fundación Arcoiris, PUEG y CONACULTA.

Venegas, P. (2005). El empoderamiento de las mujeres: una estrategia para la mejora de la salud reproductiva. Género y salud en cifras.

Vera-Gamboa L. (1998). *Historia de la sexualidad*. Revista Biomédica. Septiembre, No. 2.

Vescovi, E. (2002). *Introducción al derecho*. 21ª ed. Buenos Aires-Montevideo, Ed. Idea.

Weeks, J. (1986). *El malestar de la sexualidad*. Madrid, España, Ed. Talasa.

Young, K. (1976). *Psicología de las actitudes*. Buenos Aires: Paidós.

Zacatelco, H. C. (1998). *Adolescencia y Sexualidad*. México. Tesis de Licenciatura. México. UNAM. Facultad de Psicología.

Zimmermann, M.A. (1995). Psychological empowerment: issues and illustrations. En Cedeño, L. (2006). Relación entre el empoderamiento y la conducta reproductiva y anticonceptiva. México. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Zúñiga, Elena. La situación demográfica de los jóvenes. En: Stern, Claudio (coord..) (2008). Adolescentes en México: Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva. Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos. Population Council, México.

Referencias en Internet

IMIFAP (2004). Salud y empoderamiento para las mujeres del medio rural y sus familias: Programa de educación integral para la salud y el desarrollo comunitario. Extraído el 26 diciembre del 2006, desde <http://www.imifap.org.mx/español/resumenes/resumenes13.pdf>

Grupo de Investigación en Reproducción Elegida.
<http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=3>

<http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml>

<http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

INEGI. www.inegi.org.mx Encuesta Nacional de la Juventud (2000)

Mercado Hernández, A. (1997). Manual para la defensa de los Derechos Humanos en México; en <http://www.centroprodh.org.mx/Publicaciones>

Plan de Acción Mundial sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994. Programa de Acción sobre población y desarrollo
<http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>

Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción (2000). Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Antigua Guatemala, Guatemala.

www.demysex.org.mx

www.jovenesnuestrosderechos.org

www.monografias.com/trabajos26/derecho-subjetivo/derecho-subjetivo.shtml

www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).
<http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (1966). <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

ANEXOS

ANEXO I

ESCALA DE ACTITUDES

El presente instrumento está formado por una serie de afirmaciones acerca de la sexualidad y del SIDA, léelas cuidadosamente y marca con una "X" sólo una de las opciones. Te recuerdo que todo lo que respondas será completamente confidencial, así que responde sinceramente. Las opciones son las siguientes:

TA: Totalmente de acuerdo
A: De acuerdo
I: Indeciso
D: En desacuerdo
TD: Totalmente en desacuerdo

Ejemplo: El hacer ejercicio es importante para conservar nuestra salud.
(X) TA () A () I () D () TD

Si tú marcas como en el ejemplo la opción TA, quiere decir que estás totalmente de acuerdo con la afirmación. Así que de antemano gracias por tu colaboración.

¡ADELANTE!

1. La virginidad es un valor muy importante para mí.
() TA () A () I () D () TD
2. Es sano que el adolescente tenga relaciones sexuales.
() TA () A () I () D () TD
3. Una pareja puede tener relaciones sexuales de cualquier tipo.
() TA () A () I () D () TD
4. Una mujer si lo desea puede quedar embarazada aún siendo soltera.
() TA () A () I () D () TD
5. Las relaciones sexuales son para obtener placer.
() TA () A () I () D () TD
6. Es necesario que el adolescente tenga relaciones sexuales.
() TA () A () I () D () TD
7. El aborto se debe legalizar en México.
() TA () A () I () D () TD
8. El uso de anticonceptivos propicia el libertinaje de los jóvenes.
() TA () A () I () D () TD
9. Obtener placer de las relaciones sexuales es algo que debe evitarse.
() TA () A () I () D () TD
10. Se debe evitar usar anticonceptivos en la rutina sexual.
() TA () A () I () D () TD
11. Masturbarse es algo natural en los jóvenes.
() TA () A () I () D () TD
12. Las mujeres deben permanecer vírgenes hasta el matrimonio.
() TA () A () I () D () TD
13. Divertirse durante las relaciones sexuales es algo inadmisibile.

- () TA () A () I () D () TD
14. Se debe evitar que se legalice el aborto en México.
() TA () A () I () D () TD
15. Quedar embarazada siendo soltera es algo vergonzoso.
() TA () A () I () D () TD
16. Las y los adolescentes deben sentirse libres de hacer lo que deseen sexualmente.
() TA () A () I () D () TD
17. Las relaciones sexuales antes del matrimonio son aceptables.
() TA () A () I () D () TD
18. Las y los jóvenes deben evitar la masturbación.
() TA () A () I () D () TD
19. Si la pareja está de acuerdo puede tener relaciones sexuales orales.
() TA () A () I () D () TD
20. Es perjudicial para el adolescente tener relaciones sexuales.
() TA () A () I () D () TD
21. Masturbarse es perjudicial para los adolescentes.
() TA () A () I () D () TD
22. La pareja debe evitar las relaciones sexuales orales.
() TA () A () I () D () TD
23. Es inaceptable que un individuo sostenga relaciones sexuales con personas de ambos sexos.
() TA () A () I () D () TD
24. Es saludable que los adolescentes se masturben.
() TA () A () I () D () TD
25. Las y los adolescentes deben evitar las relaciones sexuales.
() TA () A () I () D () TD
26. Una pareja debe tener relaciones anales si así lo decide.
() TA () A () I () D () TD
27. Las y los jóvenes deben tener libertad en sus relaciones sexuales premaritales.
() TA () A () I () D () TD
28. Se obtiene el mismo placer en las relaciones sexuales cuando se usan anticonceptivos.
() TA () A () I () D () TD
29. Las y los jóvenes deben de mantener en secreto sus relaciones sexuales premaritales.
() TA () A () I () D () TD
30. El aborto es un crimen.
() TA () A () I () D () TD
31. Una pareja debe casarse para poder tener relaciones sexuales.
() TA () A () I () D () TD
32. Las relaciones sexuales antes del matrimonio es una actitud vergonzosa.
() TA () A () I () D () TD

33. Sería mejor tener hijos en un momento en que ya esté preparada (o)
 TA A I D TD
34. Los homosexuales y las lesbianas son enfermos mentales
 TA A I D TD
35. Si tuviera la oportunidad me realizaría la prueba de detección del VIH.
 TA A I D TD
36. Planear mi primera vez y no sólo dejarme llevar
 TA A I D TD
37. Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA.
 TA A I D TD
38. La educación sexual es algo que sólo los padres de familia deben brindar y sólo cuando las y los hijos lo soliciten
 TA A I D TD
39. Es necesario que se realicen más campañas de información sobre SIDA para prevenir enfermedades.
 TA A I D TD
40. Evitaría tener amigos que estuvieran infectados del SIDA por miedo de contraer la enfermedad.
 TA A I D TD
41. La educación sexual es algo a lo que todos tenemos derecho.
 TA A I D TD
42. El condón también previene los embarazos no planeados.
 TA A I D TD
43. Las diferencias o problemas en las relaciones adolescentes son más fáciles de resolver con empujones, pellizcos o golpes.
 TA A I D TD
44. La información que tengo sobre el SIDA ha cambiado mi conducta sexual.
 TA A I D TD
45. Tener una hija (o) en la adolescencia sería una buena experiencia
 TA A I D TD
46. Todas las y los adolescentes deberían utilizar preservativos y espermaticidas en sus relaciones sexuales.
 TA A I D TD
47. Prevenir ITS y embarazos es la mejor manera de llevar una vida sexual sana y satisfactoria.
 TA A I D TD
48. La primera vez es un momento que no se puede controlar.
 TA A I D TD
49. Para resolver nuestros problemas de pareja, es mejor no recurrir a la violencia.
 TA A I D TD
50. Los hombres y las mujeres tienen los mismos derechos.
 TA A I D TD

51. En general las y los jóvenes tienen su primera experiencia sexual con parejas ocasionales.
 TA A I D TD
52. Las parejas deben tener uno o dos hijos máximo.
 TA A I D TD
53. Se debe mantener aislados a los enfermos de SIDA para evitar que se difunda la enfermedad.
 TA A I D TD
54. Cualquier joven es libre de elegir y manifestar sus preferencias sexuales.
 TA A I D TD
55. La salud sexual es sólo para las personas mayores de 25 años.
 TA A I D TD
56. La sexualidad es un aspecto importante en la vida de todos y todas y debería disfrutarse.
 TA A I D TD
57. La prevención de embarazos es un pecado
 TA A I D TD
58. Si mi pareja y yo no nos cuidamos y nos embarazamos está bien, porque de todos modos voy a tener una hija (o) en el futuro
 TA A I D TD
59. El inicio de las relaciones sexuales es algo que puede hacerse en cuenta una (o) tenga ganas de hacerlo
 TA A I D TD
60. La homosexualidad también es una forma de expresar la sexualidad
 TA A I D TD
61. Al planear estrategias de prevención dirigidas a las y los adolescentes, deberían considerar nuestra opinión
 TA A I D TD
62. Tener una hija (o) es una decisión que debe ser planeada y pensada con anticipación.
 TA A I D TD
63. El usar condón o algún método anticonceptivo en mi primera vez, es algo que tengo o tuve planeado hacer
 TA A I D TD
64. Las personas con una orientación distinta a la heterosexual deben tener los mismos derechos que todas y todos de expresar su sexualidad
 TA A I D TD
65. La mejor manera de prevenir es contar con información
 TA A I D TD
66. La información científica sobre la sexualidad ayuda a las y los jóvenes a prevenir ITS y embarazos prematuros
 TA A I D TD
67. Las y los jóvenes de entre 12 y 18 años deben tener acceso a métodos anticonceptivos y de prevención de enfermedades, de manera gratuita.
 TA A I D TD

ANEXO II

| FACTORES DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES | |
|--|--|
| FACTOR | ITEM |
| 1. Aborto | 7.- El aborto se debe legalizar en México. 14.- Se debe evitar que se legalice el aborto en México. 30.- El aborto es un crimen. |
| 2. Autoerotismo | 11.- Masturbarse es algo natural en los jóvenes. 18.- Las y los jóvenes deben evitar la masturbación. 21.- Masturbarse es perjudicial para los adolescentes. 24.- Es saludable que los adolescentes se masturben. |
| 3. Primera vez | 20.- Es perjudicial para el adolescente tener relaciones sexuales. 25.- Las y los adolescentes deben evitar las relaciones sexuales. 36.- Planear mi primera vez y no sólo dejarme llevar 48.- La primera vez es un momento que no se puede controlar. 51.- En general las y los jóvenes tienen su primera experiencia sexual con parejas ocasionales 59.- El inicio de las relaciones sexuales es algo que puede hacerse en cuenta una (o) tenga ganas de hacerlo |
| 4. Relaciones pre maritales y virginidad | 1.- La virginidad es un valor muy importante para mí. 2.- Es sano que el adolescente tenga relaciones sexuales. 17.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio son aceptables. 27.- Las y los jóvenes deben tener libertad en sus relaciones sexuales premaritales. 29.- Las y los jóvenes deben de mantener en secreto sus relaciones sexuales premaritales. 32.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio es una actitud vergonzosa. |
| 5. SIDA | 35.- Si tuviera la oportunidad me realizaría la prueba de detección del VIH. 37.- Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA. 39.- Es necesario que se realicen más campañas de información sobre SIDA para prevenir enfermedades. 40.- Evitaría tener amigos que estuvieran infectados del SIDA por miedo de contraer la enfermedad. 44.- La información que tengo sobre el SIDA ha cambiado mi conducta sexual. |
| 6. Salud sexual y reproductiva | 10.- Se debe evitar usar anticonceptivos en la rutina sexual. 28.- Se obtiene el mismo placer en las relaciones sexuales cuando se usan anticonceptivos. 46.- Todas las y los adolescentes deberían utilizar preservativos y espermaticidas en sus relaciones sexuales. 47.- Prevenir ITS y embarazos es la mejor manera de llevar una vida sexual sana y satisfactoria. 53.- Se debe mantener aislados a los enfermos de SIDA para evitar que se difunda la enfermedad. |

| | |
|--|--|
| 7. Prevención | <p>42.- El condón también previene los embarazos no planeados.</p> <p>43.- Las diferencias o problemas en las relaciones adolescentes son más fáciles de resolver con empujones, pellizcos o golpes.</p> <p>49.- Para resolver nuestros problemas de pareja, es mejor no recurrir a la violencia.</p> <p>57.- La prevención de embarazos es un pecado</p> <p>63.- El usar condón o algún método anticonceptivo en mi primera vez, es algo que tengo o tuve planeado hacer</p> <p>65.- La mejor manera de prevenir es contar con información</p> |
| 8. Derecho a tener derechos sexuales y reproductivos | <p>4.- Una mujer si lo desea puede quedar embarazada aún siendo soltera.</p> <p>5.- Las relaciones sexuales son para obtener placer.</p> <p>6.- Es necesario que el adolescente tenga relaciones sexuales.</p> <p>12.- Las mujeres deben permanecer vírgenes hasta el matrimonio.</p> <p>34.- Los homosexuales y las lesbianas son enfermos mentales</p> <p>45.- Tener una hija (o) en la adolescencia sería una buena experiencia</p> <p>50.- Los hombres y las mujeres tienen los mismos derechos.</p> <p>54.- Cualquier joven es libre de elegir y manifestar sus preferencias sexuales.</p> <p>60.- La homosexualidad también es una forma de expresar la sexualidad</p> <p>64.- Las personas con una orientación distinta a la heterosexual deben tener los mismos derechos que todas y todos de expresar su sexualidad</p> |
| 9. Decisión sobre el cuerpo y la sexualidad | <p>8.- El uso de anticonceptivos propicia el libertinaje de los jóvenes.</p> <p>9.- Obtener placer de las relaciones sexuales es algo que debe evitarse.</p> <p>19.- Si la pareja está de acuerdo puede tener relaciones sexuales orales.</p> <p>22.- La pareja debe evitar las relaciones sexuales orales.</p> <p>26.- Una pareja debe tener relaciones anales si así lo decide.</p> |
| 10. Ejercicio y goce pleno de la sexualidad | <p>13.- Divertirse durante las relaciones sexuales es algo inadmisibile.</p> <p>16.- Las y los adolescentes deben sentirse libres de hacer lo que deseen sexualmente.</p> <p>23.- Es inaceptable que un individuo sostenga relaciones sexuales con personas de ambos sexos.</p> <p>56.- La sexualidad es un aspecto importante en la vida de todos y todas y debería disfrutarse.</p> |
| 11. Compartir vida y sexualidad | <p>3.- Una pareja puede tener relaciones sexuales de cualquier tipo.</p> <p>31.- Una pareja debe casarse para poder tener relaciones sexuales.</p> <p>58.- Si mi pareja y yo no nos cuidamos y nos embarazamos está bien, porque de todos modos voy a tener una hija (o) en el futuro</p> |
| 12. Libertad reproductiva, servicios de | <p>15.- Quedar embarazada siendo soltera es algo</p> |

| | |
|--|--|
| <p>salud sexual y salud reproductiva</p> | <p>vergonzoso. 33.- Sería mejor tener hijos en un momento en que ya esté preparada (o) 52.- Las parejas deben tener uno o dos hijos máximos. 55.- La salud sexual es sólo para las personas mayores de 25 años. 67.- Las y los jóvenes de entre 12 y 18 años deben tener acceso a métodos anticonceptivos y de prevención de enfermedades, de manera gratuita.</p> |
| <p>13. Educación sexual</p> | <p>38.- La educación sexual es algo que sólo los padres de familia deben brindar y sólo cuando las y los hijos lo soliciten 41.- La educación sexual es algo a lo que todos tenemos derecho. 61.- Al planear estrategias de prevención dirigidas a las y los adolescentes, deberían considerar nuestra opinión 62.- Tener una hija (o) es una decisión que debe ser planeada y pensada con anticipación. 66.- La información científica sobre la sexualidad ayuda a las y los jóvenes a prevenir ITS y embarazos prematuros.</p> |

ANEXO III

| Taller sobre salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|---|---|----------|
| Sesión | Objetivos | Tema | Técnica | Materiales | Duración |
| 1 | PREPARACIÓN DE SESIÓN | | | | 15 MIN |
| | 1. Romper el hielo con las y los participantes al taller y propiciar la interacción entre ellas y ellos y la psicóloga 2. Que las y los participantes sean capaces de diferenciar entre sexo y sexualidad y a través de la discusión se analice el concepto de sexualidad desde un punto de vista amplio 3. Aclarar posibles dudas y recibir comentarios respecto al tema | *Sexo y sexualidad | Círculos de giran | Ninguno | 25 MIN |
| 2 | PREPARACIÓN DE SESIÓN | | | | 15 MIN |
| | 1. Simbolizar la percepción que el adolescente tiene de si mismo | Adolescencia y sexualidad | Todos valemos | Plastilina | 25 MIN |
| | 2. Que las y los adolescentes identifiquen la etapa de desarrollo en la que se encuentran, desde lo biológico hasta la cultural. Se fomentará la discusión de las diferencias entre varones y mujeres | | Recordando el futuro y conociendo el presente | Hojas de rotafolio, marcadores, fotografías personales, grabadoras y discos de música suave | 60 MIN |
| | 3. Aclarar posibles dudas y recibir comentarios respecto al tema | | Cierre de sesión | Ninguno | 20 MIN |
| PREPARACIÓN DE SESIÓN | | | | 15 MIN | |
| 3 | PREPARACIÓN DE SESIÓN | | | | 15 MIN |
| | 1. Que las y los participantes conozcan la categoría de género como una herramienta que definirá la diferencia entre nacer con características sexuales específicas para el varón y la mujer y lo que nos dicen a través de la cultura que debe hacer cada uno | La socialización de la sexualidad | Ventas y desventajas | Papel bond y marcadores | 45 MIN |

| | | | | | |
|---|--|---|---------------------------|--|--------|
| | 2. Las y los participantes identificarán los estereotipos más comunes entre hombres y mujeres y su repercusión en las relaciones de género | | El cuento | Hojas de rotafolio, marcadores, grabadora, discos de música suave, fotocopias del cuento “Un mundo al revés” | 45 MIN |
| | 3. Aclarar posibles dudas y recibir comentarios | | Cierre de sesión | Ninguno | 15 MIN |
| 4 | PREPARACIÓN DE SESIÓN | 15 MIN | | | |
| | 1. Desarrollar en las y los adolescentes un adecuado vocabulario para referirse a los genitales masculinos y femeninos | Anatomía y fisiología sexual (masculina y femenina) | Enriquezca su vocabulario | Hojas de papel bond y marcadores | 30 MIN |
| | 2. Las y los adolescentes serán capaces de explicar la anatomía y fisiología sexual de ambos sexos | | Anatomía y fisiología | Dibujo de genitales en proyector | 50 MIN |
| | 3. Concientizarse de los cambios que se generan en el cuerpo humano durante la respuesta sexual | Respuesta sexual | Exposición | Láminas | 25 MIN |
| 5 | PREPARACIÓN DE SESIÓN | | | | 15 MIN |
| | 1. Estimular el cambio de comportamiento que expone al riesgo de adquirir ITS 1.1. Descubrir la forma y la rapidez con la que se puede propagar las ITS y el VIH/SIDA | Salud sexual y salud reproductiva | Cacería de firmas | Hojas de papel de 9x9 cm | 35 MIN |
| | 2. Aprender a tomar decisiones 2.1. Aprender a evaluar las ventajas y desventajas de tomar una determinada decisión | | Los dos caminos | Pizarrón y gises | 55 MIN |
| | 3. Aclara posibles dudas y recibir comentarios respecto al tema | | Cierre de sesión | Ninguno | 20 MIN |

| | | | | | |
|---|--|---|--------------------------|---------------------------------------|--------|
| 6 | PREPARACIÓN DE SESIÓN | | | | 15 MIN |
| | 1. Fomentar en el grupo la discusión de todas las consecuencias biopsicosociales del embarazo adolescente, enfatizando cuáles serían las condiciones óptimas para concebir un bebé, así como la edad idónea para esto. Además de recordad la sesión anterior respecto a la prevención. Se abrirá el debate sobre sus inquietudes y sentimientos respecto al tema | Embarazo en la adolescencia | Dramatización | Los que las dramatizaciones requieran | 90 MIN |
| | 2. Aclarar posibles dudas y recibir comentarios respecto al tema | | Cierre de sesión | Ninguno | 20 MIN |
| 7 | PREPARACIÓN DE SESIÓN | | | | 15 MIN |
| | 1. Que las y los participantes se reconozcan inmersos en una realidad que los incluye, al conocer las principales ITS, sus síntomas y las edades más concurrentes en las que la gente se contagia; pero sobre todo, aclararles las diferentes formas en las que éstas pueden ser prevenidas. 1.1. Reconocer los comportamientos de riesgo que propician el contagio del VIH/SIDA y los comportamientos que lo previenen | Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) | Comportamiento de riesgo | Hojas de papel, lapiceros | 30 MIN |
| | 2. Actualizar situaciones sobre los aspectos de análisis sobre el VIH/SIDA | | Dramatizaciones | Lo que las dramatizaciones requieran | 70 MIN |
| | 3. Aclarar posibles dudas y recibir comentarios respecto al tema | | Cierre de sesión | Ninguno | 10 MIN |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--|---------|
| 8 | PREPARACIÓN DE SESIÓN | | | | 15 MIN |
| | 1. Las y los participantes conocerán los principales métodos anticonceptivos que ellos pueden utilizar en caso de que deseen iniciar su vida sexual activa, así como los principales beneficios y desventajas de cada uno de ellos. Con el objetivo de que su elección sea lo más informada y responsable posible. Se manejará la abstinencia como una opción sexual. | Anticoncepción | Lluvia de ideas | Cada uno de los métodos anticonceptivos | 60 MIN |
| | | | El anuncio publicitario | Revistas, periódicos, marcadores, cartulinas, crayones o colores, pegamento | 45 MIN |
| 9 | PREPARACIÓN DE SESIÓN | | | | 15 MIN |
| | 1. Las y los adolescentes reconocerán la importancia de contar con información clara, oportuna y desde una visión científica en torno a su vida sexual, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos y las obligaciones que conllevan, con la finalidad de que puedan colocarse en una situación de conocer, exigir y defender sus derechos. | Derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva | Situaciones embarazosas | Hojas de rotafolio, marcadores, cinta adhesiva, hojas blancas | 90 MIN |
| | | | 2. Aclarar posibles dudas y recibir comentarios respecto al tema | Cierre de sesión | Ninguno |
| 10 | PREPARACIÓN DE SESIÓN | | | | 15 MIN |
| | 1. Las y los adolescentes se darán cuenta de la importancia que tiene en el desarrollo libre y sano de sus vidas el conocimiento de sus derechos y de la manera que tienen para defenderlos y, que con este proceso, se harán responsables de sus actos. | El derecho a tener derechos | Derechos | 2 letreros grandes uno con la frase “número 13” y otro con la frase “número 14”. Al reverso de cada uno, la leyenda “si para | 60 MIN |

| | | | | | |
|--|--|--|------------------|----------------------|--------|
| | | | | mi”, y “no para mí”. | |
| | 2. Aclarar posibles dudas y recibir comentarios respecto al tema de esta sesión y de las anteriores. | | Cierre de sesión | Ninguno | 20 MIN |
| | Clausura del taller | | Cierre de taller | Ninguno | 25 MIN |