



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**HABILIDADES PARA LA VIDA EN ADOLESCENTES:
SEXUALIDAD RESPONSABLE Y PREVENCIÓN DE
ADICCIONES**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MA GUADALUPE GALINDO ZARIÑANA

Directora de Informe Profesional de Servicio Social:
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

Revisoras: Mtra. María del Socorro Laura Escandón Gallegos
Mtra. María Luisa Herrán Iglesias

Sinodales: Mtra. María Teresa Gutiérrez Alanís
Lic. Miguel Ángel Luna Izquierdo

Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Junio 2017



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 ti mi hermano, amigo, Maestro y Señor

Jesús

La fuente de energía para iniciar y culminar esta
aventura llamada Licenciatura en Psicología.

Gracias

Con un gran respeto y profundo agradecimiento a la

Facultad de Psicología

de la

Universidad Nacional Autónoma de México

Por proveerme de conocimiento y experiencia

durante los estudios de la Licenciatura

Gracias

A mi esposo Rafael Espinosa que siempre ha estado a mi lado brindado apoyo en todos los sentidos; a mis hijos Diana Abdi y Jorge Rafael por estar presentes en mi vida; a Manchita mi gran amiga, compañera de estudio y desvelos; a Obsy y Merry por las lecciones de vida.

Al Pastor Alberto Delgado por crear en mi la idea y reto de inscribirme en la Licenciatura de Psicología.

A mi directora del Informe Profesional de Servicio Social Dra. Mariana Gutiérrez Lara por escuchar, apoyar, corregir y supervisar mi desempeño tanto en el servicio social como en el informe profesional.

A mis revisoras y sinodales Mtra. María Luisa Herrán, Mtra. María del Socorro Escandón, Mtra. María Teresa Gutiérrez y Lic. Miguel Ángel Luna por ser parte de este Informe profesional aportando conocimiento y experiencia para mejorar el informe.

A todos y cada uno de mis maestros que formaron parte de este ciclo profesional, en especial al Lic. Raúl Tenorio, Mtra. Francisca Cruz, Dra. Mary Carmen Montenegro, Dra. Karina Torres y Lic. José Luis Sánchez Gámez.

A mis maestras de formación en la práctica Dra. Julia Casamadrid, Mtra. Irasema Rea, Dra. Nelly Flores, Lic. Alejandra Manjarrez, Mtra. María del Consuelo Hernández, Lic. Angélica Patricia Cuevas, Mtra. Graciela Bello y Dra. Gabina Villagrán.

A todos los y las adolescentes que participaron en los talleres enriqueciendo el contenido de los mismos, brindándome conocimiento nuevo a través de sus experiencias de vida, y por quien fue posible realizar este trabajo.

A todas y cada una de las personas que me brindaron apoyo a lo largo de la licenciatura; también, a quienes fueron un obstáculo en el camino ya que con su actitud incrementaban en mí el deseo de alcanzar esta meta.

ÍNDICE

Índice general	v
Índice de cuadros	x
Índice de tablas	xi
Índice de figuras	xii
Resumen	1
Capítulo 1	
Justificación y contexto del programa	
1.1 Datos generales del programa de servicio social	3
1.2 Justificación del programa “Desarrollo de Habilidades para la Vida en Estudiantes de Secundaria”	4
1.3 Objetivos del programa de Desarrollo de Habilidades para la Vida en Estudiantes de Secundaria	5
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
Capítulo 2	
Descripción de las actividades realizadas en el servicio social	
2.1 Organigrama	7
2.2 Capacitación	8
2.2.1 Búsqueda de material bibliográfico	20
2.3 Desarrollo de materiales	22
2.3.1 Taller “Sexualidad Adolescente”	22
2.3.2 Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”	23
2.4 Impartición de talleres	24
2.4.1 Taller “Sexualidad Adolescente”	24
2.4.1.1 Objetivo del taller	24
2.4.1.2 Características de la población	25
2.4.1.3 Programa analógico	25
2.4.1.4 Matriz de vinculación de temas	27
2.4.1.5 Actividades realizadas	29

2.4.2	Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”	33
2.4.2.1	Objetivo del taller	33
2.4.2.2	Características de la población	33
2.4.2.3	Programa analógico	34
2.4.2.4	Actividades realizadas	35
2.4.3	Aplicación de instrumentos	38
2.4.4	Manejo de grupo de estudiantes	38
2.4.4.1	Uso de técnicas cognitivo conductuales	39
2.4.5	Necesidades atendidas	40
2.4.6	Estrategias	41

Capítulo 3

Informe del Servicio Social

3.1	Objetivos del informe profesional del servicio social	43
3.2	Soporte teórico metodológico	43
3.2.1	Habilidades para la vida	43
	Habilidades sociales	46
	Habilidades cognoscitivas	47
	Habilidades para controlar las emociones	48
	Metodologías interactivas de enseñanza	48
	Contenido informativo	49
	Teoría de la conducta planeada	49
3.2.2	Adolescencia	51
3.2.2.1	Cambios psicosociales en la etapa de adolescencia	59
3.2.2.2	Sexualidad adolescente	61
3.2.2.2.1	Sexo	62
3.2.2.2.2	Género	62
3.2.2.2.3	Identidad sexual	64
3.2.2.2.4	Rol sexual	64
3.2.2.2.5	Orientación sexual	65
3.2.2.2.6	Vínculo afectivo	66
3.2.2.2.7	Erotismo	67
3.2.2.2.8	Factores de riesgo y de protección	68

3.2.2.3	Infecciones de Transmisión Sexual, ITS	71
3.2.2.4	Embarazo adolescente	75
3.2.2.5	Métodos anticonceptivos	76
3.2.3	Adicciones	80
3.2.3.1	Tipos de drogas	80
3.2.3.2	Factores que llevan a un adolescente a consumir	86
3.2.3.3	Datos epidemiológicos en la Ciudad de México	87
Capítulo 4		
Resultados		
4.1	Resultados cuantitativos	89
4.1.1	Taller “Sexualidad Adolescente”	89
4.1.1.1	Cuestionario de habilidades para la vida	89
4.1.1.2	Cuestionario de sexualidad adolescente	95
4.1.2	Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”	101
4.1.2.1	Cuestionario de habilidades para la vida	101
4.1.2.2	Cuestionario sobre percepción de riesgos	106
4.1.2.3	Cuestionario sobre consumo de alcohol	114
4.1.2.4	Cuestionario sobre consumo de tabaco	119
4.1.2.5	Cuestionario sobre consumo de marihuana	122
4.2	Resultados cualitativos	126
4.2.1	Avances del programa de Servicio Social	126
4.2.2	Impacto del trabajo del prestador a la Institución receptora	126
4.2.3	Logros de los talleres	128
4.2.3.1	Taller “Sexualidad adolescente”	128
4.2.3.2	Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”	130
4.2.4	Formación profesional obtenida	131
4.3	Conclusiones	136
Capítulo 5		
Recomendaciones y/o sugerencias		
5.1	Responsabilidad como habilidad para la vida	140

5.2	Concepto de responsabilidad	140
5.3	Objetivo	142
5.4	Actividad para reflexionar sobre la responsabilidad en el taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”	142
	Ruletas de conductas de riesgo	144
	Hojas de registro	145
5.5	Actividad para reflexionar sobre la responsabilidad en el taller “Sexualidad adolescente”	156
	Referencias	161
	Anexos	
Anexo 1	Tarea 1. Entrevista de sexualidad adolescente	177
Anexo 2	Tarea 2. Características de un facilitador ...	180
Anexo 3	Tarea 3. Infecciones de transmisión sexual	188
Anexo 4	Tarea 3. Clínicas de aborto legal en México	202
Anexo 5	Tarea 4. Visita a una Institución	206
Anexo 6	Tarea 5. Sexo y género	208
Anexo 7	Tarea 6. Etapas del amor adolescente	215
Anexo 8	Tema de investigación	218
Anexo 9	Tarea 7. ¿Qué drogas existen?...	225
Anexo 10	Tarea 8. Problemas que llevan a un adolescente a consumir...	228
Anexo 11	Cromo de sexo biológico	237
Anexo 12	Cromos de las etapas del amor	238
Anexo 13	Cromo de la diferencia entre sexo y género	239
Anexo 14	Cromos de género	240
Anexo 15	Cromos de rol de género	241
Anexo 16	Cromos de orientación sexual	242
Anexo 17	Cromo aprendamos sobre sexualidad	243
Anexo 18	Cromos de métodos anticonceptivos	244
Anexo 19	Cuestionario de habilidades para la vida	245
Anexo 20	Cuestionario de sexualidad adolescente	246
Anexo 21	Cuestionario sobre percepción de riesgos	247
Anexo 22	Cuestionario de consumo de alcohol, tabaco y marihuana	248

Anexo 23	Población por grupos quinquenales en México, 2010-2030	249
Anexo 24	Estereotipos de rol de género en treinta países del mundo	250
Anexo 25	Casos notificados de SIDA en México según Estado de residencia y sexo de 1983 a 2015	251
Anexo 26	Registro de casos de SIDA notificados de 1983 a 2015 en jóvenes de 15 a 24 años según año de diagnóstico y sexo	252
Anexo 27	Registro de casos notificados de 1986 a 2015 que continúan como Seropositivos a VIH en jóvenes de 15 a 24 años	253
Anexo 28	Casos por entidad federativa de Infecciones de Transmisión Sexual hasta la semana epidemiológica 1 del 2016	254
Anexo 29	Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que conocen o han escuchado de algún método para no embarazarse.	258
Anexo 30	Tasas específicas de fecundidad. Trienio 2011-2013.	259
Anexo 31	Porcentaje de adolescentes sexualmente activos por sexo, edad y uso de métodos anticonceptivos en la primera y última relación sexual, México.	260
Anexo 32	Métodos anticonceptivos.	261
Anexo 33	Resumen de las drogas más comunes.	265
Anexo 34	Lugar de consumo y adquisición de sustancias.	268
Anexo 35	Evidencias	269
Anexo 36	Hoja de identificación del programa de Servicio Social	272
Anexo 37	Cronograma de actividades de Servicio Social	273

Índice de cuadros

Cuadro 2.1	Resumen de las actividades de las sesiones de capacitación	10
Cuadro 2.2	Actividades realizadas como material de apoyo, taller SA	22
Cuadro 2.3	Actividades realizadas como material de apoyo, taller PCSP	23
Cuadro 2.4	Registro de observaciones por sesión, taller SA	30
Cuadro 2.5	Registro de observaciones por sesión, taller PCSP	36
Cuadro 3.1	Clasificación de las etapas de desarrollo en los adolescentes	52
Cuadro 3.2	Secuencia común de cambios fisiológicos en la adolescencia	54
Cuadro 3.3	Características sexuales primarias y secundarias	55
Cuadro 3.4	Principales características de las infecciones de transmisión sexual	71
Cuadro 3.5	Relación entre los nivel de consumo e intervención de sustancias	81
Cuadro 4.1	Resumen de logros obtenidos en el taller SA	128
Cuadro 4.2	Resumen de logros obtenidos en el taller PCSP	130
Cuadro 4.3	Resumen de actividades y formación profesional como prestadora de servicio social	132

Índice de tablas

Tabla 3.1	Distribución de la población según droga de inicio e impacto.	82
Tabla 4.1	Prueba “t” del cuestionario de HpV, taller SA	89
Tabla 4.2	<i>Comparación de porcentaje valido del cuestionario HpV, Taller SA</i>	91
Tabla 4.3	Prueba “t” para categorías del cuestionario HpV, taller SA	93
Tabla 4.4	Prueba “t” del cuestionario sobre SA, taller SA	95
Tabla 4.5	<i>Comparación de porcentaje valido del cuestionario SA, Taller SA</i>	96
Tabla 4.6	Prueba “t” para categorías de SA, taller SA	100
Tabla 4.7	Prueba “t” para cuestionario de HpV, taller PCSP	101
Tabla 4.8	<i>Comparación de porcentaje valido del cuestionario HpV, Taller PCSP</i>	103
Tabla 4.9	Prueba “t” para categorías de HpV, taller PCSP	105
Tabla 4.10	Prueba “t” para cuestionario percepción de riesgos, taller PCSP	106
Tabla 4.11	<i>Comparación de porcentaje valido del cuestionario PR, Taller PCSP</i>	107
Tabla 4.12	Prueba “t” para cuestionario consumo de alcohol, taller PCSP	114
Tabla 4.13	Resultados del reactivo CA1, de CA, taller PCSP	115
Tabla 4.14	Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas de CA, taller PCSP	116
Tabla 4.15	Resultados del reactivo CA6, de CA, taller PCSP	117
Tabla 4.16	Resultados del reactivo CA7 de CA, taller PCSP	117
Tabla 4.17	Tipo de bebidas alcohólicas que se consumen de CA, taller PCSP	118
Tabla 4.18	Edad de inicio de ingesta de alcohol de CA, taller PCSP	119
Tabla 4.19	Prueba “t” para el cuestionario consumo de tabaco, taller PCSP	119
Tabla 4.20	Resultados del reactivo CT1, de CT, taller PCSP	120
Tabla 4.21	Frecuencia del consumen tabaco, de CT, taller PCSP	121
Tabla 4.22	Edad de inicio de consumo de CT, taller PCSP	121
Tabla 4.23	Prueba “t” para cuestionario consumo de marihuana, taller PCSP	122
Tabla 4.24	Resultados del reactivo CM1 de CM, taller PCSP	123
Tabla 4.25	Frecuencia del consumo de marihuana de CM, taller PCSP	124
Tabla 4.26	Edad de inicio de consumo de marihuana de CM, taller PCSP	125

Índice de figuras

Figura 3.1	Modelo de la teoría de la conducta planeada	50
Figura 3.2	Estructura por edad y sexo de la población 2010 y 2014	56
Figura 3.3	Las diez causas principales de muerte en adolescentes	57
Figura 3.4	Las diez principales causas de AVAD entre los adolescentes	58
Figura 3.5	Modelo ecológico de salud y desarrollo adolescente	59
Figura 3.6	Factores de riesgo para conductas de riesgo en la adolescencia	69
Figura 3.7	Factores de protección para conductas de riesgo en la adolescencia	70
Figura 3.8	Factores que afectan el embarazo de jóvenes	75
Figura 3.9	Clasificación de métodos anticonceptivos	78
Figura 3.10	Eficacia de los diferentes métodos anticonceptivos	79
Figura 3.11	Distribución de la población según droga de inicio e impacto	83
Figura 3.12	Distribución de la población por grupo de edad y droga de inicio	84
Figura 3.13	Distribución de la población por grupo de edad y droga de impacto	85
Figura 3.14	Uso de drogas alguna vez en la vida en pacientes de primera vez	88
Figura 4.1	Comparación PRE-POST del reactivo HpV26, taller SA	93
Figura 4.2	Comparación PRE-POST de habilidades cognoscitiva, taller SA	94
Figura 4.3	Comparación PRE-POST de los resultados estadísticamente significativos de SA, taller SA	98
Figura 4.4	Comparación PRE y POST de competencia social de SA, taller SA	101
Figura 4.5	Comparación PRE-POST de los resultados estadísticamente significativos de HpV, taller PCSP	104
Figura 4.6	Comparación PRE-POST de los resultados estadísticamente significativos de PR, taller PCSP	109

RESUMEN

En este trabajo pretendo presentar un informe de las actividades realizadas durante mi servicio social en el programa “DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA”, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México; a lo largo del servicio social participé en dos talleres “Sexualidad Adolescente” y “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”.

En general, se busca que los estudiantes adquieran habilidades para la vida y obtengan información útil para su autocuidado en materia de conductas de riesgo, como son el ejercicio de la sexualidad y el consumo de sustancias psicoactivas. Para explicar los temas se usaron diferentes dinámicas, acordes a cada contenido. Se siguió un programa que establecía las actividades a realizar; sin embargo, en ocasiones se modificaban en concordancia con lo compartido por los estudiantes que ejemplificaban con vivencias, ya sea de ellos mismos, familiares, amigos o conocidos; también, se utilizaron imágenes alusivas a los temas y diferentes materiales para una mejor explicación y comprensión de los temas. El principal objetivo es desarrollar en los adolescentes habilidades y destrezas que les permitan fortalecer sus factores protectores y promover una transición saludable en el ejercicio de la sexualidad para prevención del embarazo adolescente y conductas de riesgo; apoyando, de esta forma, su desarrollo integral (físico, emocional, cognitivo, psicológico, social y familiar); de tal forma que al aplicar lo aprendido logren autonomía como personas pertenecientes a una sociedad y lleven una vida sana hasta donde les sea posible.

Los talleres se impartieron a estudiantes de ambos sexos de entre 11 y 16 años de edad; se les aplicaron pre y post test para valorar su nivel en habilidades para la vida en ambos talleres; conocimiento y ejercicio de la sexualidad adolescente en el Taller “Sexualidad Adolescente”; percepción de riesgo, consumo de alcohol, consumo de tabaco y consumo de marihuana en el Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”.

Palabras Clave: Habilidades para la Vida, Adolescencia, Sexualidad, Prevención, Desarrollo, Autocuidado, Adicciones, Drogas.

Capítulo 1

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO DEL PROGRAMA

El programa “DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA” pertenece a los programas de servicio social internos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, cuyo objetivo general es desarrollar en los y las adolescentes habilidades y destrezas que les permitan fortalecer sus factores protectores y promover una transición saludable en el ejercicio de la sexualidad para prevención del embarazo adolescente y conductas de riesgo, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y generación de un proyecto de vida

1.1 Datos generales del programa de servicio social

Nombre de la organización	Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología Ayuhica-Yaocalli, A.C. (Asociación para el desarrollo integral para la prevención de conductas de riesgo)
Nombre del programa	DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA A. Sexualidad Adolescente B. Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas
Nombre de la institución donde se impartieron los talleres	Escuela Secundaria Diurna
Ubicación de la institución donde se impartieron los talleres	Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México, México
Nivel	Universal (prevención)

Descripción del taller	<p>A. Sexualidad adolescente: 10 sesiones de 100 minutos cada una, una vez a la semana para cada grupo.</p> <p>B. Prevención del consumo de sustancias psicoactivas: 10 sesiones de 100 minutos cada una, una vez a la semana para cada grupo.</p>
Periodo que cubre	Febrero de 2015 a Noviembre de 2015

1.2 Justificación del programa “Desarrollo de Habilidades para la Vida en Estudiantes de Secundaria”

El programa “Desarrollo de Habilidades para la Vida en Estudiantes de Secundaria”, en un principio, fue apoyado económicamente por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE). La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México diseñó el programa de intervención y elaboró el marco teórico para el programa.

A mediados del 2010 se desarrollaron las bases de este programa, en un comienzo el objetivo principal era llevar a cabo la impartición de talleres con el programa de “Habilidades para la Vida” en Escuelas Secundarias Técnicas como respuesta a la solicitud que llevó a cabo la Dirección General de Escuelas Técnicas (DGEST). Con este programa se pretendía incurrir en la enseñanza y entrenamiento de habilidades que permitieran a estudiantes de nivel Secundaria (adolescentes de entre 12 y 14 años) del Sur de la Ciudad de México, específicamente en las Delegaciones Tlalpan y Coyoacán, desarrollar habilidades y estrategias para establecer y mantener relaciones interpersonales prósperas, y de la misma forma fortalecer o desarrollar su autoprotección en el consumo de sustancias adictivas.

Las habilidades que se contemplaron dentro del programa son: empatía, pensamiento crítico y creativo, autoconocimiento, relaciones interpersonales, solución de problemas y toma de decisiones, autoestima, comunicación asertiva, trabajo en equipo, negociación, manejo de emociones, manejo de tensiones y estrés.

En el primer semestre del 2011 se llevó a cabo el programa piloto en los primeros grados de la Escuela Secundaria Técnica No. 18 “Plan de Ayala” en la Delegación Milpa Alta; con base en los resultados del programa piloto se decidió que los talleres se impartieran en las Escuelas Secundarias Técnicas No. 17 “Artes Decorativas”, No. 39 “Carlos Ramírez Ulloa”, No. 43 “Luis Enrique Erro”, No. 49 “José Vasconcelos” y No. 84 “Belisario Domínguez Palencia” localizadas en las Delegaciones Tlalpan y Coyoacán.

Del segundo semestre del 2011 al primer semestre del 2014 se llevó a cabo el proyecto secuencial en secundaria de 3 años, primera generación. De inicios del 2012 a mediados del 2014 se realizó el proyecto secuencial de 2 años y se entablaron pláticas con maestras y maestros. A inicios del 2014 se implementó el Programa de “Sexualidad Adolescente”, que hasta la fecha se sigue impartiendo. Desde finales de 2011 el programa de “Desarrollo de Habilidades para la Vida en Estudiantes de Secundaria”, también ha servido para la elaboración de tesis, tesinas, informes profesionales de servicio social, para la elaboración de artículos y participaciones en simposios.

1.3 Objetivos del programa de “Desarrollo de Habilidades para la Vida en Estudiantes de Secundaria”

1.3.1 Objetivo general

Desarrollar en los y las adolescentes habilidades y destrezas que les permitan fortalecer sus factores protectores y promover una transición saludable en el ejercicio de la sexualidad para la prevención del embarazo adolescente y conductas de riesgo. Así mismo promover la prevención del uso y consumo de sustancias adictivas, y del abandono de estas costumbre si es que ya las practican.

1.3.2 Objetivos específicos

1.3.2.1 Habituara a los y las adolescentes con las habilidades para la vida de una manera activa, de tal manera que se familiaricen con los conceptos y los

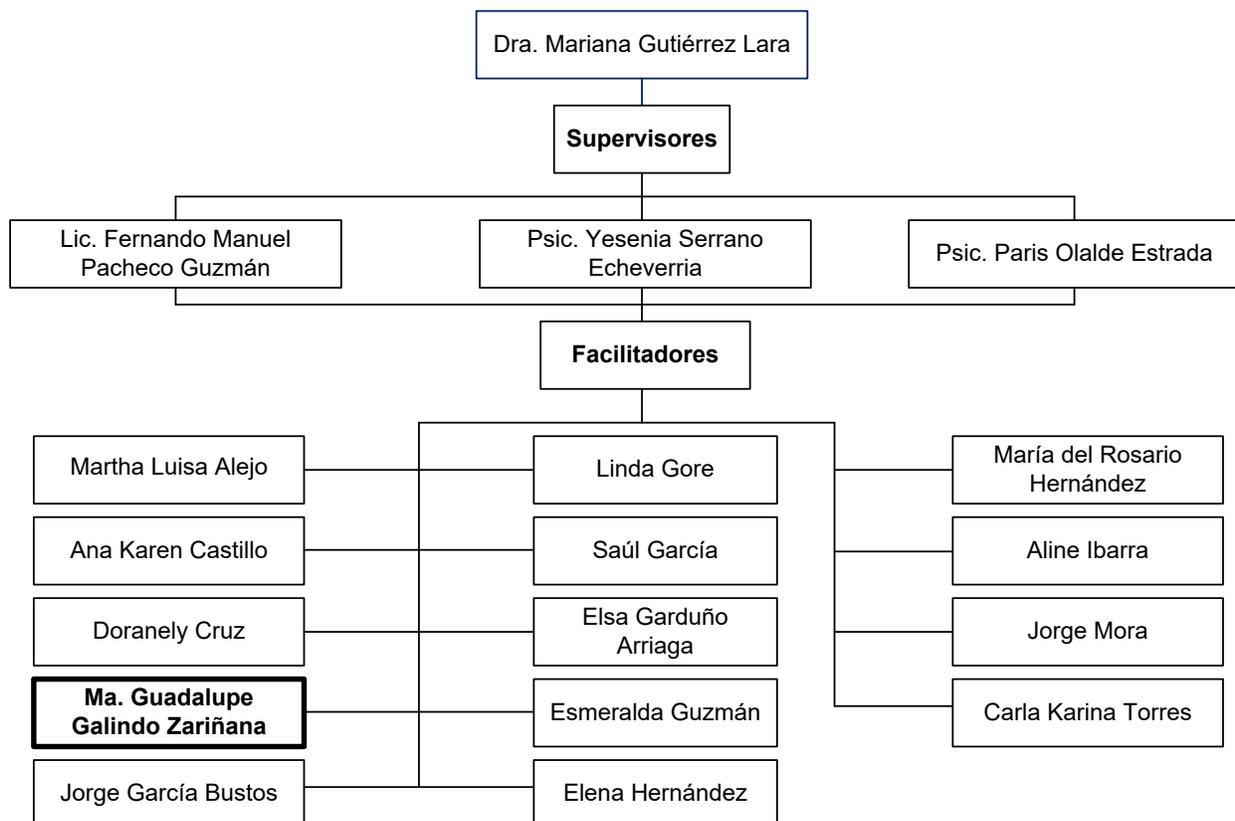
- interioricen hasta formar parte de ellos como hábitos de comportamiento y autoprotección.
- 1.3.2.2 Promover el uso de las habilidades para la vida como herramientas efectivas para reforzar los factores protectores en los estudiantes de secundaria ante conductas de riesgo y de consumo de sustancias psicoactivas.
 - 1.3.2.3 Promover el uso de las habilidades para la vida como herramientas efectivas para reforzar los factores protectores en los estudiantes de secundaria para promover el ejercicio de una vida sexual saludable, prevención de embarazos adolescentes y de conductas de riesgo.
 - 1.3.2.4 Dotar a los y las adolescentes de herramientas para establecer relaciones interpersonales convenientes y sanas, estableciendo límites ante la presión social y de los pares.

Capítulo 2

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

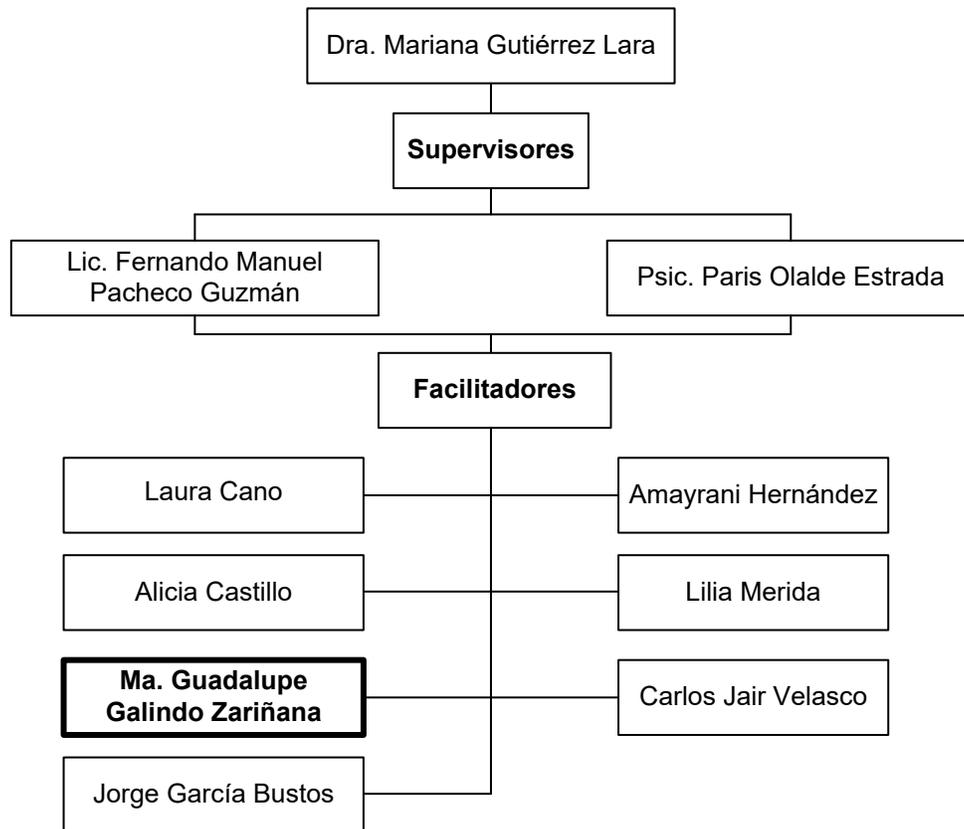
2.1 Organigrama

El programa de “Desarrollo de Habilidades para la Vida en Estudiantes de Secundaria. Taller Sexualidad Adolescente” está a cargo de la Dra. Mariana Gutiérrez Lara por parte de la Facultad de Psicología – U.N.A.M., y fue supervisado por los integrantes de la Asociación Ayouhica-Yaocalli, A.C. Lic. Fernando Manuel Pacheco Guzmán, Psic. Yesenia Serrano Echeverria y Psic. Paris Olalde Estrada.



El programa de “Desarrollo de Habilidades para la Vida en Estudiantes de Secundaria. Taller Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” está liderado por parte de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México por la Dra.

Mariana Gutiérrez Lara, y fue supervisado por el Lic. Fernando Manuel Pacheco Guzmán y el Psic. Paris Olalde Estrada representantes de la Asociación Ayouhica-Yaocalli, A.C.



2.2 Capacitación

Las sesiones de capacitación se llevaron a cabo dentro de las instalaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México los días lunes; para el Taller “Sexualidad Adolescente” de 16:00 a 20:00 hrs. del 9 de febrero al 14 de junio de 2015; para el Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” de 15:00 a 19:00 hrs. del 10 de agosto de 2015 al 14 de diciembre de 2015. Del 15 de junio al 9 de agosto se realizó la captura y análisis de datos para el reporte del taller “Sexualidad Adolescente”.

Para la impartición de los talleres se formaron grupos de facilitadores con los prestadores de servicio social, voluntarios y tesistas; dependiendo de la disponibilidad de tiempo y

horarios de los mismos para atender a los diferentes grupos y turnos de la Escuela Secundaria.

Como facilitadora cumplí con el rol de responsable, apoyo y observador, cambiando de actividad en las diferentes sesiones. En cada rol desempeñaba actividades:

- Facilitador responsable de la sesión. Me encargue de la exposición de temas y de realizar las actividades correspondientes con el grupo a lo largo de la sesión.
- Facilitador de apoyo al responsable. Auxiliaba al facilitador responsable en las actividades y en la exposición del tema en caso de que éste lo requiriera.
- Facilitador observador externo. Mi función era observar tanto el comportamiento del grupo como la exposición de los temas y realización de las actividades por parte de los facilitadores a lo largo de la sesión, sin interactuar con el grupo ni con los facilitadores responsable y de apoyo.

Lineamientos a seguir a lo largo del periodo de duración del servicio social.

- a. Asistencia y puntualidad
- b. Actividades a realizar
 - i. Captura de instrumentos
 - ii. Lecturas bibliográficas
 - iii. Prácticas profesionales
 - iv. Bitácoras
 - v. Investigación
 - vi. Tareas
- c. Formación
 - i. Importancia de la capacitación
 - ii. Perfil del capacitador

Se abordaron los temas de “Habilidades para la Vida” del programa con el objeto de familiarizarnos con los conceptos y tener manejo de ellos en la impartición del taller.

En cada sesión de capacitación, al igual que los demás facilitadores, realice actividades de modelamiento y juego de roles emulando el comportamiento de los adolescentes en

el ámbito escolar, hacía preguntas que creía podrían realizar los estudiantes; esto con el fin de preparar las exposiciones ante los grupos y resolver las posibles dudas o comentarios que pudieran surgir por parte de los alumnos. Exponía dudas, dificultades y logros que se presentaban en las sesiones con los adolescentes, con la finalidad de obtener una retroalimentación de todo el equipo que participó en el programa, para recibir consejos o propuestas por parte de los demás, y de esta forma tratar de superar obstáculos.

Estas sesiones también servían para instruirnos como facilitadores en la forma de reportar las actividades, revisión de temas de investigación, propuestas de trabajo establecimiento de fechas para la realización de actividades y como espacio de convivencia del equipo.

En el Cuadro 2.1 se resumen las herramientas de aprendizaje obtenidas en la capacitación, así como la orden del día de cada sesión para ambos talleres.

Cuadro 2.1

Resumen de las actividades y herramientas de aprendizaje de las sesiones de capacitación para los talleres “Sexualidad Adolescente” y “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”.

FECHA	ORDEN DEL DÍA	APRENDIZAJE
“SEXUALIDAD ADOLESCENTE”		
9/02/15	<ul style="list-style-type: none"> • Encuadre • Formación (perfil del capacitador) • Presentación de supervisores • Actividades a realizar • Horarios • Cronograma de actividades • Características del grupo • Tarea 1 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recursos, fortalezas y debilidades: autoconocimiento, auto concepto, autoestima, habilidades de comunicación, asertividad, solución de problemas, consciencia y control emocional, rechazo al consumo y promoción del autocuidado. ▪ Perfil del capacitador: que muestre interés en el trabajo con grupos y adolescentes, que tenga interés por adquirir experiencia profesional y disponibilidad para trabajar en equipo. ▪ Requisitos para trabajo en equipo: comunicación asertiva (influencia), compromiso y llegar a acuerdos (cohesión), liderazgo, organización, objetivos en común (interdependencia), ambiente armónico

FECHA	ORDEN DEL DÍA	APRENDIZAJE
9/02/15	~ Entrevista a un adolescente, a un padre y a una madre de adolescentes. ~ Investigar características de un facilitador	(cohesión y clima grupal) y autoconocimiento (debilidades y fortalezas). ■ Con la capacitación se detectan prejuicios y áreas de oportunidad, ya que se aportan sugerencias y apoyo.
16/02/15	<ul style="list-style-type: none"> ● Recapitulación ● Aspectos que integran el programa ● Funciones del facilitador ● Características del facilitador ● Bitácora ● Revisión de tarea ● Mitos sobre sexualidad ● Película “La foto del recuerdo” ● Rol de género ● Tarea 2. Investigar los conceptos: ~ Sexualidad humana y adolescente. ~ Habilidades para la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Para adquirir la formación profesional es necesario realizar investigación, tener supervisión y practicar lo aprendido. ■ Para trabajar con los grupos de adolescentes es necesario desarrollar empatía, asertividad y creatividad; esto se puede lograr contando historias, haciendo bromas, preguntando como se sienten; además, reflexionando cada sesión lo que les está aportando el taller, por ejemplo preguntar: ¿para qué sirve...? ¿De qué te sirvió....? ¿Con quién lo compartiste? ■ Analizando las tareas y la película se concluye que se confunden los mitos con la realidad (percepción de riesgos), hay rigidez de pensamiento, se evaden responsabilidades, hay falta de información, presentan distorsiones, se marca el rol de género (áreas de oportunidad). ■ Rol de género. Hombre: machismo, poder, chantaje. Mujer: sumisión, ama de casa. Etiquetas: niño bueno, niño malo, madre sumisa, super-maestra, maestro barco. Violencia: presión, discriminación, chantaje, amenazas, falta de apoyo, falta de información.
23/02/05	<ul style="list-style-type: none"> ● Recapitulación ● El facilitador y su papel ● Actividad del alumno ● Diferencia entre ~ Sexualidad humana ~ Sexualidad adolescente ● Actividad de integración ● Tarea 3. 	Como lograr empatía: <ul style="list-style-type: none"> ■ Es importante manejar adecuadamente las emociones ■ Lograr un ambiente grupal agradable ■ No tomarse nada personal ■ Motivar a los que no participan ■ “No engancharse” ■ Reforzar las opiniones ■ Buscar la participación

FECHA	ORDEN DEL DÍA	APRENDIZAJE
23/02/15	<ul style="list-style-type: none"> ~ Infecciones de transmisión sexual ~ Instituciones que atiendan embarazo adolescente. 	
2/03/15	<ul style="list-style-type: none"> • Recapitulación • Infecciones de transmisión sexual • Sociograma • Temas de investigación • Aprendiendo de nuestra experiencias • Tarea 4. Visitar una institución donde atiendan embarazos adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Holón significa una parte y un todo a la vez. La sexualidad tiene cuatro holones: género, erotismo, reproductividad y vínculos afectivos. ▪ Teoría de la conducta planificada. La conducta está antecedida por la intención de realizar algo, y ésta a su vez está antecedida por tres variables: norma subjetiva, actitud e intención. ▪ Habilidades de un facilitador: empatía, manejo de emociones, nada es personal, autoreflexión, manejo de grupo, flexibilidad. ▪ Funciones de un facilitador: integrar al grupo, trabajo colaborativo, objetivos claros de la sesión. Plantear límites, tener apertura, meterse en el lenguaje del adolescente, dar y recibir.
9/03/15	<ul style="list-style-type: none"> • Recapitulación • Sociograma • Horarios • Sesión 1 • Sesión 2 • Tarea 5. Investigar: ~ Diferencia entre sexo y género ~ Identidad de género ~ Rol de género ~ Orientación sexual 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sociograma. Es un registro de flujo de acciones. Debe contener roles del grupo, ubicación de mobiliario, iluminación, accesorios, carteles, evidencia de actividades del taller, detalles. Para registrar actividades es necesario fijar la atención cada 10 minutos en una zona (recorrido visual), usar marcas para identificar personas y claves o símbolos para detallar actividades. ▪ Descripción. Es objetiva, se habla de lo real, características reales. ▪ Interpretación. Es subjetiva se trata de la realidad que yo construyó, habla de posibilidades; “es probable que...”. ▪ Se realizaron las actividades de la sesión 2 como entrenamiento para el taller.
23/03/15	<ul style="list-style-type: none"> • Recapitulación • Características de un facilitador • Tema de investigación • Sesión 3 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Características de un facilitador: conocimiento del contexto, comunicación clara y asertiva, atención flotante, improvisación / creativa, empático, tener objetivos claros (impacto), tolerancia, identificación y regulación emocional, apertura, autoridad/liderazgo,

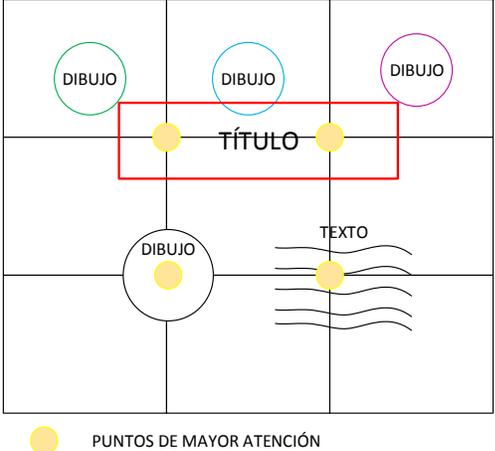
FECHA	ORDEN DEL DÍA	APRENDIZAJE
23/03/15	<ul style="list-style-type: none"> • Propuesta de tema de investigación • Captura de datos de los pre-test en Excel • Tarea 6. <ul style="list-style-type: none"> ~ Investigar etapas del amor adolescente. ~ Avances de tema de investigación. ~ Propuesta de dinámica para tema de investigación. 	<p>solución de problemas, negociación, escucha activa, tono de voz, conocimiento de adolescentes, identificación de puntos clave y técnicas de exposición didáctica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Captura de datos en Excel de acuerdo al formato del taller. ▪ Se realizaron las actividades de la sesión 3 como entrenamiento para el taller. ▪ Decir piropos vulgares es violencia sexual (atraer la atención del adolescente y centrarlo). ▪ Con la dinámica de relajación se ejemplifica la diferencia entre sensaciones agradables y sensaciones desagradables; placer y displacer; diferencia entre sexualidad y sexo. ▪ Asertividad es saber decir "SI" o "NO" y "¿Por qué?" Saber defender mis derechos sin agredir, respetando mis derechos y los de los demás. ▪ Banco de niebla. Objetivo: reconocer lo que es real, pero defendiendo mi derecho y lo que yo quiero; para lograr que la persona deje de insistir.
13/04/15	<ul style="list-style-type: none"> • Recapitulación • Sesión 4 • Modelamiento sesión 4 • Género • Identidad de género • Rol de género • Orientación sexual 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diferencia entre sentido y significado de un concepto; tomando como ejemplo la asertividad, el significado es la asertividad y el sentido es como se usa la asertividad. ▪ Consultar Wikipedia, porque es la fuente principal de consulta entre los estudiantes de secundaria. ▪ Tratar de generar en determinado momento alguna emoción en los adolescentes para un aprendizaje más firme. ▪ Las vinculaciones afectivas son parte de la sexualidad. Se desarrollan hacia cosas o personas que pueden estar presentes o ausentes. Sirve para el desarrollo de la identidad y elección de amigos y pareja. ▪ Se realizaron las actividades de la sesión 4 como entrenamiento para el taller.
20/04/15	<ul style="list-style-type: none"> • Recapitulación • Moldeamiento • Sesión 5 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuadro sinóptico de temas vistos, reflexión ¿para qué sirven? ▪ Etapas del amor - para tener relaciones más estables (cariño, afecto).

FECHA	ORDEN DEL DÍA	APRENDIZAJE
20/04/15	<ul style="list-style-type: none"> • Investigaciones (propuesta de temas de investigación) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexo biológico - para conocerme y aceptarme ▪ Respetar y aceptar opiniones de los demás - compartir situaciones. ▪ Placer – disfrutar sin violencia. ▪ Género – características impuestas por la cultura. Lo que hago. ▪ Sexo – características físicas naturales. Lo que tengo. ▪ Se recomienda usar término preferencia sexual en vez de orientación sexual. ▪ Los adolescentes tienden a la genitalidad de conceptos, prevalece el machismo y la resignación en las mujeres. ▪ El termino masturbación es más amplio de lo que se piensa, su significado es obtener placer mediante una acción, o hacer algo que se disfruta; pero no necesariamente en el ámbito sexual, puede ser desde leer un libro hasta, comer, dormir, etc. ▪ Se realizaron las actividades de la sesión 5 como entrenamiento para el taller.
27/04/15	<ul style="list-style-type: none"> • Recapitulación • Funciones del facilitador de apoyo • Infecciones de transmisión sexual • Sesión 6 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clima del aula: El ámbito áulico se entiende como el conjunto de acciones más o menos sistematizadas cuyo objeto de orientación son los procesos de enseñanza-aprendizaje. ▪ Diferencia entre enfermedad e infección. El término enfermedad se usa cuando una persona infectada se sienta realmente enferma o nota alguna sintomatología. El término infección se usa cuando el agente patógeno está dentro del cuerpo infectándolo, pero no necesariamente hay síntomas. ▪ Se realizaron las actividades de la sesión 6 como entrenamiento para el taller.
11/05/15	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación • Actividad propuesta Sesión 7 • Sesión 8 • Calendario de actividades mayo-junio 	<p>La microeducación (aspectos de la educación que se desarrolla a nivel individual) es un proceso de entrenamiento con el propósito de facilitar la enseñanza, toca los puntos de comunicación, orden lógico, inducción, cierre e integración temática y desarrollo de habilidades.</p> <p>Las infecciones se producen por agentes infecciosos que pueden entrar al organismo a través de líquidos</p>

FECHA	ORDEN DEL DÍA	APRENDIZAJE
11/05/15	•	<ul style="list-style-type: none"> ▪ corporales: sangre, semen, líquido pre-seminal, fluidos vaginales, saliva y leche materna. ▪ Efectos potenciales de las infecciones de transmisión sexual: <ul style="list-style-type: none"> ~ Salud y biológicos <ul style="list-style-type: none"> · Asintomáticos (daño en órganos internos y/o externos) · Esterilidad (/permanente) · Infertilidad (eventual) ~ Psicológicos ~ Sociales. Identidad y posición ~ Económicos ▪ Uso de los principales métodos anticonceptivos. ▪ Se realizaron las actividades de la sesión 7 y 8 como entrenamiento para el taller.
25/05/15	<ul style="list-style-type: none"> • Recapitulación • Sesión 9 • Actividad propuesta • Investigación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se realizaron las actividades de la sesión 9 como entrenamiento para el taller. ▪ Justificar las ofensas que digo. Indagar sobre respuestas como: “estoy de acuerdo”, “no sé quién lo dijo”, “me lo dijo...” ▪ Consejos para la toma de decisión: no decidas de inmediato, tómate un plazo para tomar la decisión, escribe la decisión, pide apoyo, evita razonamientos absurdos, toma la decisión, delega responsabilidades y decide. ▪ Toma de decisiones: 1. Reconocer el problema; 2. Analizar el problema; 3. Considerar las metas; 4. Buscar alternativas. 5. Elegir la mejor alternativa; 6. Poner la decisión en práctica; 7. Aceptar la responsabilidad; 8. Evaluar resultados.
01/06/15	<ul style="list-style-type: none"> • Recapitulación Presentación de actividades propuestas • Sesión 10 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recordar que los juegos entre adolescentes suelen ser actividades que como adultos (adultocentrismo) calificamos como agresivas o violentas; es necesario cambiar terminología y analizar el contexto. ▪ La Taxonomía de Bloom refiere que el aprendizaje a niveles superiores se adquiere a través del conocimiento y de las habilidades. ▪ Concienciar. Fomentar o distinguir un hecho real de una inferencia para desarrollar el pensamiento crítico.

FECHA	ORDEN DEL DÍA	APRENDIZAJE
01/06/15		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>Habilidades</p> <p>↓</p> <p>Objetivo</p> <p>↓</p> <p>Desarrollo</p> </div> <div> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación (Verbal y corporal) • Orden lógico (Instrucciones) • Inducción (Ejemplificar para motivar) • Cierre e integración (Abstracción del objetivo) • Desarrollo de habilidades (Cumplir el objetivo) </div> </div>
19/06/15	Presentación de actividades propuestas	
“PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”		
24/08/15	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del proyecto • Herramientas DRIVE/DROP • Fechas de capacitación • Taller de microenseñanza • Habilidades 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaboración es trabajar conjuntamente con un objetivo final; se realiza una tarea mutua donde las personas se relacionan, se complementan y establecen roles dentro de un grupo con el objetivo de producir algo que nunca podrían haber realizado solos. Parte del conocimiento o experiencia individual. ▪ Cooperación es obrar individualmente dentro de una estructura conjunta para conseguir un objetivo final. Esta asociación de personas que tratan de realizar actividades conjuntas, aprendiendo unos con otros, intercambiando conocimiento y generando experiencias bajo un orden jerarquizado. Es una repartición de tareas para realizar un trabajo más individual (en grupos definidos por tareas), mientras que en la colaborativa todos los participantes del grupo intervienen en todas y cada una de las partes del proyecto o problema a resolver.
21/09/15	<ul style="list-style-type: none"> • Horarios • ¿Qué es la adolescencia? • Riesgos para iniciar el consumo • Sesión 1 • Tarea 7. <ul style="list-style-type: none"> ~ Investigar conceptos de drogas y adicción. ~ Tipos de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taxonomía de Bloom. Son herramientas para establecer objetivos de aprendizaje (conocimiento comprensión, aplicación, análisis, síntesis y evaluación) facilitan la empatía y la generación de interés en el conocimiento. ▪ En un grupo se exploran características para identificar a los elementos participativos e iniciar las participaciones con ellos; elementos inquietos, a éstos hay que separarlos, solicitar su apoyo, hacer equipos, intercalarlos, usar reforzadores y proponer competencias.

FECHA	ORDEN DEL DÍA	APRENDIZAJE
21/09/15		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usar preguntas: ¿A quién le ha pasado eso?, ¿Qué sentiste?, ¿Qué pensaste?, ¿Cuéntame qué paso? ▪ Se realizaron las actividades de la sesión 1 como entrenamiento para el taller.
28/09/15	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación sesión 1 • Moldeamiento • Capacitación sesión 2 • Capacitación sesión 3 • Revisión de tareas • Tarea 8. Consumo de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diferencia entre norma (acuerdo social, no está escrito pero son reglas sociales) y regla (acuerdos escritos). ▪ Árbol decisional. Forma gráfica para representar los eventos que intervienen en la toma de decisiones: raíces - causas o factores de riesgo, tronco - problemas, follaje - factores de protección, fruto - habilidades. ▪ Se realizaron las actividades de las sesiones 2 y 3 como entrenamiento para el taller.
12/10/15	<ul style="list-style-type: none"> • Recapitulación • Sesión 4 • Sesión 5 • Justificaciones para abordar un taller de prevención • Revisión de tareas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para que una situación se considere problema es necesario que cumpla cuatro características: 1. Tiene solución, 2. Se puede decidir sobre ella, 3. Afecta algún ámbito de la vida, 4. Tiene un objetivo. ▪ La solución al problema se puede encontrar en las redes de apoyo: escuela, familia, amigos o familiares. ▪ Las ventajas y desventajas en la toma de decisiones se valoran de forma cuantitativa en terapia; sin embargo, en la vida real se valoran a través de los sentimientos. Las herramientas que tienen los adolescentes para la prevención de adicciones son la seguridad, la confianza, la comunicación y la estabilidad familiar. Los factores de riesgo son la proximidad de los centros de consumo o distribución, la baja autoestima, el entorno familiar (violencia, consumo), entorno social (medios de comunicación, idealización). ▪ Hay tres tipos de prevención para las adicciones: 1. Universal (para toda la población, no están en situación de riesgo), 2. Selectiva (población donde hay situación de alto riesgo), 3. Indicada (para población en situación de riesgo). ▪ Se realizaron las actividades de las sesiones 4 y 5 como entrenamiento para el taller.

FECHA	ORDEN DEL DÍA	APRENDIZAJE
26/10/15	<ul style="list-style-type: none"> • Recapitulación • Sesión 6 • Sesión 7 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lógica escolar (cultura escolar), establece que se debe tener cuidado de mantener la atención dirigida al frente por parte del docente; del contenido temático; de acuerdos; de la forma en que se abordan los temas; de las características del grupo y los factores temporales. ▪ Ejemplo de diálogo asertivo: “Me siento triste cuando tú no me haces caso porque pienso que no te intereso, entiendo que estás cansado, pero me gustaría que me pusieras atención”. ▪ Clasificación de las drogas: a) Estimulantes (café, tabaco, energizantes; activa todo el sistema de tu cuerpo); b) Depresoras (alcohol; “apaga el SNC”, motricidad lenta, falta de habilidades cognitivas, habla lenta e incoordinada); c) Distorsionadoras o alucinógenas (producen ilusiones o alucinaciones, causan daño permanente e irreversible). ▪ Etapas de la adicción: 1. Experimentación; 2. Uso; 3. Dependencia; 4. Tolerancia; 5. Abuso; 6. Adicción. ▪ Se realizaron las actividades de las sesiones 6 y 7 como entrenamiento para el taller.
09/11/15	<ul style="list-style-type: none"> • Recapitulación • Sesión 8 • Sesión 9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se realizaron las actividades de las sesiones 8 y 9 como entrenamiento para el taller ▪ El propósito del cartel es hacer pensar a los adolescentes que están haciendo el cartel sobre los temas expuestos. La distribución óptima es: <div style="text-align: center;">  <p>● PUNTOS DE MAYOR ATENCIÓN</p> </div>
23/11/15	<ul style="list-style-type: none"> • Recapitulación • Sesión 10 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El proyecto de vida responde a la pregunta ¿Cómo quieres vivir?; se vive día a día.

FECHA	ORDEN DEL DÍA	APRENDIZAJE															
23/11/15		<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de vida analiza una problemática, incluye: objetivo; plan (pasos, proceso); y línea de tiempo; puede cambiar, puede o no cumplirse. ▪ Como hacer el análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas). ▪ El análisis FODA debe ser realista, basado en las características y habilidades con que se cuenta. <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="text-align: center;">INDIVIDUO</td> <td style="text-align: center;">AMBIENTE</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="text-align: center;">FORTALEZAS</td> <td style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">+</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Recursos Habilidades</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Lo que se te presenta (Familia, educación)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="text-align: center;">DEBILIDADES</td> <td style="text-align: center;">AMENAZAS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">-</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Mis puntos debiles (Gustos, "me cae mal el maestro". Atención)</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Obstáculos (Bullyng. Economía, contexto)</td> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">META: Qué les puede favorecer para lograrlo</p> </div>		INDIVIDUO	AMBIENTE		FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	+	Recursos Habilidades	Lo que se te presenta (Familia, educación)		DEBILIDADES	AMENAZAS	-	Mis puntos debiles (Gustos, "me cae mal el maestro". Atención)	Obstáculos (Bullyng. Economía, contexto)
	INDIVIDUO	AMBIENTE															
	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES															
+	Recursos Habilidades	Lo que se te presenta (Familia, educación)															
	DEBILIDADES	AMENAZAS															
-	Mis puntos debiles (Gustos, "me cae mal el maestro". Atención)	Obstáculos (Bullyng. Economía, contexto)															
30/11/15	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis FODA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para combatir las amenazas se recomienda incluir a los docentes, presentar retroalimentación a los directivos de lo que se está haciendo, escucha activa con los adolescentes, concientizar la convivencia del grupo, remarcar responsabilidad y respeto entre el grupo. <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <p style="font-size: small;">ANÁLISIS FODA DEL TALLER</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa base • Sentido de comunidad • Capacitación inicial • Preparación y retroalimentación • Bases teóricas </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espacios • Escuela • Grupos • Adaptación • Equipo </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios • Capacitaciones espaciadas • Conceptos • Falta de comunicación • Retroalimentación individual </td> <td style="vertical-align: top;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directivos • Adolescentes • Convivencia • Docentes • Violencia • Poca capacidad de reflexión </td> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">META: Desarrollar habilidades necesarias para estar a cargo del grupo</p> </div>	<p style="text-align: center; font-size: small;">FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa base • Sentido de comunidad • Capacitación inicial • Preparación y retroalimentación • Bases teóricas 	<p style="text-align: center; font-size: small;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espacios • Escuela • Grupos • Adaptación • Equipo 	<p style="text-align: center; font-size: small;">DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios • Capacitaciones espaciadas • Conceptos • Falta de comunicación • Retroalimentación individual 	<p style="text-align: center; font-size: small;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directivos • Adolescentes • Convivencia • Docentes • Violencia • Poca capacidad de reflexión 											
<p style="text-align: center; font-size: small;">FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa base • Sentido de comunidad • Capacitación inicial • Preparación y retroalimentación • Bases teóricas 	<p style="text-align: center; font-size: small;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espacios • Escuela • Grupos • Adaptación • Equipo 																
<p style="text-align: center; font-size: small;">DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios • Capacitaciones espaciadas • Conceptos • Falta de comunicación • Retroalimentación individual 	<p style="text-align: center; font-size: small;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directivos • Adolescentes • Convivencia • Docentes • Violencia • Poca capacidad de reflexión 																
7/12/15	Análisis del taller parar el siguiente semestre																

2.2.1 Búsqueda de material bibliográfico

La búsqueda de material bibliográfico relacionado con los temas incluidos en el programa fue una actividad constante a lo largo del servicio social, se reportaba como tareas. En las sesiones de capacitación se hacía la revisión de la información investigada con la finalidad de unificar criterios y preparar la exposición de temas ante los adolescentes. La mayor parte de la búsqueda de información se realizó a través de Internet con el propósito de tener un panorama más amplio de lo que leen e investigan los adolescentes cuando se les deja una tarea, por tal motivo en las tareas se reporta información obtenida de blogs, portales, artículos o libros. En diferentes ocasiones, el objetivo era tomar la información tal cual de la fuente y reproducirla en las sesiones de capacitación para su análisis, buscando los puntos claves para manejar la exposición en el taller.

Tarea 1 (Anexo 1)

- a. Entrevistar a un adolescente de entre 13 y 15 años, a una madre de adolescente y a un padre de adolescente. Preguntar 1. ¿Qué es la sexualidad adolescente? 2. ¿Cuáles son los riesgos en cuestiones de sexualidad que tienen los adolescentes?
- b. Buscar un programa o taller con temática de sexualidad dirigido a jóvenes o adolescentes.

Tarea 2 (Anexo 2)

Investigar:

- a. Características de un facilitador, y por qué de cada una
- b. Concepto de sexualidad humana
- c. Concepto de sexualidad adolescente
- d. Concepto de habilidades para la vida

Tarea 3

Investigar

- a. Principales infecciones de transmisión sexual
 - b. Prevención de infecciones de transmisión sexual
 - c. Síntomas de infecciones de transmisión sexual
 - d. Clínicas de aborto legal en México (Anexo 4)
- } (Anexo 3)

Tarea 4 (Anexo 5)

Visitar una institución donde atiendan embarazos adolescentes. Preguntar:

- a. ¿Qué servicios ofrecen?
- b. ¿A qué servicios asiste la mayoría de los usuarios?
- c. ¿Cuánta gente y de qué edad, en promedio, asiste?
- d. ¿Qué actividades realiza la institución como prevención?
- e. ¿Qué problemática se presenta con mayor frecuencia?
- f. ¿Cómo ha sido su experiencia en esa institución?
- g. ¿Qué sugerencias puede darnos para tratar el tema de sexualidad adolescente?

Tarea 5 (Anexo 6)

- a. Investigar diferencia entre sexo y género.
- b. Investigar los conceptos:
 - i. Género
 - ii. Identidad de género
 - iii. Rol de género
 - iv. Orientación sexual

Tarea 6

- a. Revisión del tema etapas del amor adolescente (Anexo 7)
- b. Avances del tema de investigación (Anexo 8)
- c. Propuesta de dinámica (Capítulo 5. Recomendaciones y/o sugerencias)

Tarea 7 (Anexo 9)

- a. ¿Qué drogas existen?
- b. ¿Cómo se define una adicción?
- c. Propuesta de tres videos, blogs o conferencias para la prevención de adicciones
- d. Buscar dos lugares donde atiendan a un adolescente con problemas de consumo de sustancias

Tarea 8 (Anexo 10)

- a. Problemas que llevan a un adolescente a consumir
- b. Soluciones que tiene un adolescente para sus problemas
- c. Habilidades:
 - i. Toma de decisiones
 - ii. Empatía

2.3 Desarrollo de materiales

Por lo general el material lo proporcionaban los supervisores: tableros, hojas impresas para actividades, muestrario de métodos anticonceptivos, condones y modelos de órganos sexuales. El material que se elaboró (posters, carteles, tableros y rompecabezas) sirvió para apoyar las sesiones y para que las actividades fueran más fluidas, optimizando así, el tiempo en las sesiones donde se requería. En cada sesión el material fue diferente, en ocasiones se pedía a los estudiantes que llevarán algún material para trabajar la siguiente sesión, pero, desafortunadamente no lo hacían; de tal forma que los facilitadores lo proveíamos (hojas, revistas, periódicos, lápices de colores, tijeras, cartulinas, hojas de papel bond).

Para mantener la atención y el orden, al igual que mis compañeros, incentive la participación activa de los estudiantes haciendo uso de recompensas: dulces, participaciones, felicitaciones, material didáctico.

Los recursos materiales otorgados por la escuela secundaria fueron; el espacio (salones de clases), butacas, escritorio y pizarrón.

2.3.1 Taller “Sexualidad Adolescente”

En el Cuadro 2.2 describo las actividades realizadas para complementar el material de apoyo en el taller “Sexualidad Adolescente”.

Cuadro 2.2

Actividades realizadas como material de apoyo en el taller “Sexualidad Adolescente”.

SESIÓN	MATERIAL	PROPÓSITO
1	Cartel de acuerdos de convivencia	Tomar acuerdos en cuanto al respeto, confidencialidad y tolerancia con el que se llevé a cabo el taller.
2	Cartel con nubes de pensamiento elaboradas por los estudiantes. Previamente se repartió una figura de nube a cada alumno para que en ella escribieran su concepto de sexualidad.	Conocer las ideas de los estudiantes de cómo desean vivir su sexualidad o cómo la están viviendo; con qué habilidades cuentan para hacerlo; y el porqué de esa forma de pensar.

SESIÓN	MATERIAL	PROPÓSITO
4	Cromos ilustrativos de sexo biológico (Anexo 11) y etapas del amor (Anexo 12).	Apoyo visual para mayor comprensión del tema. Aprendizaje.
5	Cromos ilustrativos de la diferencia entre sexo y género (Anexo 13), género (Anexo 14), rol de género (Anexo 15), orientación sexual (Anexo 16) y aprendamos sobre sexualidad (Anexo 17).	Apoyo visual para mayor comprensión del tema. Aprendizaje.
7	Cromos ilustrativos de métodos anticonceptivos (Anexo 18).	Apoyo visual para mayor comprensión del tema. Aprendizaje.

2.3.2 Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”

Las actividades realizadas para complementar las herramientas de apoyo en el taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”, así como su propósito y la sesión en la que se usaron están resumidas en el Cuadro 2.3.

Cuadro 2.3

Actividades realizadas como material de apoyo en el taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”.

SESIÓN	MATERIAL	PROPÓSITO
1	Cartel de acuerdos de convivencia	Que los alumnos tomaran acuerdos, principalmente, en cuanto al respeto, confidencialidad y tolerancia con que se lleve a cabo el taller.
3	Elaboración del buzón para la actividad “El buzón de la amistad”. Elaboración del cartel con palabras para la actividad “Derecho a sentir”.	Buzón: contenedor de las frases de afecto de la actividad “Completo lo que falta”. Cartel: permite que los estudiantes usen palabras relacionadas con sus vínculos afectivos y las adicciones, en el reconocimiento de sus emociones.
5	Recortar piezas de rompecabezas para las actividades “Rompecabezas” y “En los zapatos del otro”.	En la actividad “Rompecabezas” se busca reforzar el trabajo en equipo. En la actividad “En los zapatos del otro” se busca reforzar la empatía y la negociación.

SESIÓN	MATERIAL	PROPÓSITO
7	Elaboración de carteles, cada uno con la imagen de un cuerpo.	Identificar factores de riesgo y factores de protección para el consumo de sustancias psicoactivas.
9	Elaboración de una ruleta de temas relacionados con las adicciones.	Elección de un tema al azar para la elaboración de un cartel donde se plasmen los riesgos del consumo de drogas.

2.4 Impartición de talleres

La impartición del taller es la parte medular del programa de servicio social, ésta la llevé a cabo, junto con mis compañeros facilitadores, mediante exposiciones teóricas de cada una de las unidades del programa; cada exposición fue apoyada con hojas de papel, juegos, trabajos individuales o en equipo. Las sesiones fueron enriquecidas por la participación de los adolescentes, ya sea con opiniones, creencias, experiencias propias, de familiares o amigos, exponiendo dudas o reafirmando conocimientos. En todo momento se procuró la comprensión de conceptos y la forma en que podrían emplearlos en la vida cotidiana y a futuro. Se resolvieron dudas y se desmitificaron creencias.

Mis actividades en la Escuela Secundaria se desarrollaron en los horarios:

- a) Taller “Sexualidad Adolescente”
 - i. En el grupo 2º “A” martes de 7:30 a 9:10 hrs.
 - ii. En el grupo 2º “D” martes de 9:10 a 10:50 hrs.
- b) Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”:
 - i. En el grupo 1º “A” martes de 9:00 a 10:50 hrs.
 - ii. En el grupo 1º “B” martes de 11:00 a 12:50 hrs.

2.4.1 Taller “Sexualidad Adolescente”

2.4.1.1 Objetivo del taller

Desarrollar en los y las adolescentes habilidades y destrezas que les permitan fortalecer sus factores protectores y promover una transición saludable en el ejercicio de la sexualidad para la prevención del embarazo adolescente y conductas de riesgo.

2.4.1.2 Características de la población

Género	Femenino y masculino
Grupo de edad	12 a 16 años de edad
Grupos atendidos	<ul style="list-style-type: none">★ 2º “A” Turno matutino• 2º “B” Turno matutino• 2º “C” Turno matutino★ 2º “D” Turno matutino• 2º “E” Turno matutino• 2º “A” Turno vespertino• 2º “B” Turno vespertino• 2º “C” Turno vespertino• 2º “D” Turno vespertino• 2º “E” Turno vespertino

★ Mi participación como facilitador la desarrolle en los grupos 2º “A” y 2º “D” en el turno matutino.

2.4.1.3 Programa analógico

Unidad 1. Presentación del taller

1. Presentación del taller.
2. Sexualidad adolescente.
3. Pre-evaluación.
4. Acuerdos de convivencia.
5. Integración temática.

Unidad 2. Psicoeducación

1. Actividad de recapitulación.
2. Desmitificación de mitos sobre sexualidad.
3. Autoestima.
4. Integración temática.

Unidad 3. Sensibilización sobre el ejercicio sexual de riesgo

1. Actividad de recapitulación.
2. Sexualidad adolescente.

3. Erotismo.
4. Presiones sociales.
5. Integración temática.

Unidad 4. Desarrollo de la identidad sexual

1. Actividad de recapitulación.
2. Sexo biológico.
3. Vinculación afectiva.
4. Tipos de pareja/etapas del amor.
5. Integración temática.

Unidad 5. Sexo y género

1. Actividad de recapitulación.
2. Género-identidad de género.
3. Rol de género.
4. Orientación sexual.
5. Integración temática.

Unidad 6. Infecciones de transmisión sexual

1. Actividad de recapitulación.
2. Sensibilización de infecciones de transmisión sexual.
3. Factores de riesgo.
4. Infecciones de transmisión sexual.
5. Integración temática.

Unidad 7. Métodos anticonceptivos

1. Actividad de recapitulación.
2. Sensibilización sobre embarazo.
3. Creencias culturales/sociales.
4. Creencias familiares.
5. Integración temática.

Unidad 8. Embarazo adolescente

1. Actividad de recapitulación.

2. Reproductividad.
3. Comunicación y negociación en la pareja.
4. Consecuencias para el hijo de una madre adolescente.
5. Integración temática.

Unidad 9. Barreras de la sexualidad

1. Actividad de recapitulación.
2. Discriminación.
3. Acoso/hostigamiento.
4. Violencia en la pareja.
5. Derechos sexuales.
6. Integración temática.

Unidad 10. Clausura del taller

1. Recapitulación general.
2. Post-evaluación.
3. Despedida del taller.

2.4.1.4 Matriz de vinculación de temas (Propiedad de Dra. Mariana Gutiérrez Lara; Lic. Fernando Manuel Pacheco Guzmán; Lic. Cristian Omar Figueroa Mendiola; Psic. Yesenia Serrano Echeverria; Psic. Paris Olalde Estrada).



MATRIZ DE VINCULACIÓN DE TEMAS					
UNIDAD 1. PRESENTACIÓN DEL TALLER					
ACTIVIDAD	1. Presentación del taller	2. Actividad de integración	3. Pre-evaluación	4. Reglas de convivencia	5. Integración temática
HABILIDADES PARA LA VIDA		Empatía		Pensamiento crítico	Autoconocimiento
HOLONES DE LA SEXUALIDAD		Vínculos afectivos		Vínculos afectivos	
TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA					
UNIDAD 2. PSICOEDUCACIÓN					
ACTIVIDAD	1. Actividad de recapitulación	2. Desmitificación de mitos sobre sexualidad	3. Autoestima	4. Integración temática	

HABILIDADES PARA LA VIDA		Pensamiento crítico	Autoconocimiento	Pensamiento creativo	
HOLONOS DE LA SEXUALIDAD		Género	Erotismo	Género	
TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA		Actitud/Norma subjetiva			
UNIDAD 3. SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL EJERCICIO SEXUAL DE RIESGO					
ACTIVIDAD	1. Actividad de recapitulación	2. Sexualidad adolescente	3. Erotismo	4. Presiones sociales	5. Integración temática
HABILIDADES PARA LA VIDA		Autoconocimiento	Autoconocimiento	Relaciones interpersonales Solución de problemas	Toma de decisiones
HOLONOS DE LA SEXUALIDAD		Género	Erotismo	Género	
TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA		Norma subjetiva	Norma subjetiva	Actitud	
UNIDAD 4. DESARROLLO DE LA IDENTIDAD SEXUAL					
ACTIVIDAD	1. Actividad de recapitulación	2. Sexo biológico	3. Vinculación afectiva	4. Tipos de pareja/ etapas del amor	5. Integración temática
HABILIDADES PARA LA VIDA		Autoconocimiento	Empatía Manejo de emociones y sentimientos	Relaciones interpersonales	Manejo de tensiones y estrés
HOLONOS DE LA SEXUALIDAD		Género	Vínculos afectivos interpersonales	Vínculos afectivos interpersonales	Vínculos afectivos interpersonales
TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA		Norma subjetiva	Norma subjetiva	Norma subjetiva	
UNIDAD 5. SEXO Y GÉNERO					
ACTIVIDAD	1. Actividad de recapitulación	2. Género/Identidad de género	3. Rol de género	4. Orientación sexual	5. Integración temática
HABILIDADES PARA LA VIDA		Autoconocimiento	Empatía	Empatía Relaciones interpersonales	Comunicación asertiva
HOLONOS DE LA SEXUALIDAD		Género	Género	Género	Género
TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA		Norma subjetiva	Norma subjetiva	Norma subjetiva Control conductual percibido	
UNIDAD 6. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL					
ACTIVIDAD	1. Actividad de recapitulación	2. Sensibilización ITS	3. Factores de riesgo	4. Infecciones de Transmisión Sexual	5. Integración temática
HABILIDADES PARA LA VIDA		Toma de decisiones Pensamiento crítico	Pensamiento crítico		
HOLONOS DE LA SEXUALIDAD		Erotismo	Erotismo	Erotismo	
TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA		Control conductual percibido	Norma subjetiva	Autocontrol	
UNIDAD 7. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS					
ACTIVIDAD	1. Actividad de recapitulación	2. Sensibilización sobre embarazo	3. Creencias culturales/sociales	4. Creencias familiares	5. Integración temática

HABILIDADES PARA LA VIDA		Solución de problemas Pensamiento creativo Pensamiento crítico	Pensamiento crítico	Pensamiento crítico	Autoconocimiento	
HOLONOS DE LA SEXUALIDAD		Reproductividad	Reproductividad	Reproductividad	Reproductividad	
TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA		Control conductual percibido	Norma subjetiva Control conductual percibido	Norma subjetiva Control conductual percibido	Autocontrol	
UNIDAD 8. EMBARAZO ADOLESCENTE						
ACTIVIDAD	1. Actividad de recapitulación	2. Reproductividad	3. Comunicación y negociación en la pareja	4. Consecuencias para el hijo de una madre adolescente	5. Integración temática	
HABILIDADES PARA LA VIDA		Toma de decisiones	Solución de problemas Manejo de tensiones y estrés	Pensamiento crítico	Pensamiento creativo	
HOLONOS DE LA SEXUALIDAD		Reproductividad	Vínculos afectivos	Reproductividad	Reproductividad	
TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA		Autocontrol	Control conductual percibido	Autocontrol		
UNIDAD 9. BARRERAS DE LA SEXUALIDAD						
ACTIVIDAD	1. Actividad de recapitulación	2. Discriminación	3. Acoso/Hostigamiento	4. Violencia en la pareja	5. Derechos sexuales	6. Integración temática
HABILIDADES PARA LA VIDA		Empatía Comunicación asertiva Relaciones interpersonales	Solución de problemas Toma de decisiones	Comunicación asertiva Manejo de emociones y sentimientos	Toma de decisiones	
HOLONOS DE LA SEXUALIDAD		Vínculos afectivos	Vínculos afectivos	Vínculos afectivos	Vínculos afectivos	
TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA		Control conductual percibido	Control conductual percibido	Control conductual percibido	Control conductual percibido	
UNIDAD 10. CLAUSURA DEL TALLER						
ACTIVIDAD	1. Recapitulación general	2. Post-evaluación	3. Despedida del taller			
HABILIDADES PARA LA VIDA						
HOLONOS DE LA SEXUALIDAD						
TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA						

2.4.1.5 Actividades realizadas

Participé como facilitadora, apoyo y observadora. En el Cuadro 2.4 presento un registro de las características del grupo que observé al exponer los temas, mi punto de vista de los beneficios para los adolescentes y el porcentaje de avance logrado por sesión.

Cuadro 2.4

Registro de observaciones de las sesión del taller "Sexualidad Adolescente".

SESIÓN FECHA	No. ALUMNOS	CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO	BENEFICIOS DE LA SESIÓN	% AVANCE
SEXUALIDAD ADOLESCENTE				
GRUPO 2º "A"				
1 19/03/15	41	El grupo es manejable, se puede trabajar con ellos. Participativo, respetuosos, algunos se distraen, otros juegan, platican, unos se paran constantemente pero participan.	Recordar temas vistos en clase, reforzar conocimientos, análisis de mitos y realidades sobre la sexualidad.	100
SESIÓN FECHA	No. ALUMNOS	CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO	BENEFICIOS DE LA SESIÓN	% AVANCE
2 26/03/15	40	Ordenados, poco participativos. Se mostraron inquietos, hablaban mucho, no querían participar abiertamente; sin embargo, algunos de ellos me llamaban para externar dudas en individual, pero no querían compartirlas con los demás.	El que los chicos tengan confianza para expresar su opinión genera seguridad en ellos, aumenta su autoestima y por lo tanto mejoran su rendimiento escolar; en principio.	60
3 16/04/15	38	Inquietos. No realizaron la tarea. Fuero participativos, algunos se distraían, pero en general, estuvieron atentos.	Aporta herramientas para la toma decisiones de forma asertiva y el autoconocimiento. En lo que se refiere al erotismo y a la sexualidad, se les dificulta cambiar los conceptos que han construido o que les han transmitido.	100
4 23/04/15	37	Ordenados y participativos. Durante las actividades hablaban mucho, formaban grupitos para platicar, pero de algún modo se lograba llamar su atención e integrarlos a las actividades. Algunos se paraban	Completar el conocimiento que tienen acerca de su sexualidad y de su desarrollo en general.	100

SESIÓN FECHA	No. ALUMNOS	CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO	BENEFICIOS DE LA SESIÓN	% AVANCE
4		constantemente o se aventaban cosas, en especial dulces.		
5 y 6 07/05/15	34	Interesados en la sesión, muy participativos. Estuvieron, más distraídos que otras veces, pero aun así se mostraron interesados.	Reflexionar acerca de las diferencias sexuales, las ITS y los riesgos que corren al ejercer su sexualidad sin protección.	100
7 14/05/15	39	Muy participativos. Se mostraron interesados en el tema. Hacían muchas preguntas.	Aclaración de dudas, hubo quien no quería preguntar abiertamente, pero lo hacía en secreto, no querían quedarse sin la información.	100
8 21/05/15	41	Inquietos. La participación fue menos frecuente que en otras ocasiones; sin embargo, la mayoría participó aun cuando hubo más de ellos jugando con el celular o haciendo tarea (al menos participaban una vez).	Mostraron que han aprovechado el taller y que pueden tomar decisiones en el ejercicio de su vida sexual.	90
9 28/05/15	33	Inquietos, dispersos. La mayoría estaba inmerso en el juego de "Charlie-Charlie". Participación pobre; quienes no estaban jugando, molestaban a sus compañeros para que dejaran de jugar y atendieran la sesión.	Es ideal para combatir el acoso escolar, en general los chicos son receptivos y reflexivos; pero no contábamos con "Charlie-Charlie".	60
10 04/06/15	33	Clausura del taller. Revisión de dudas. Aplicación de la post-evaluación. Entrega de constancias de asistencia.		100
GRUPO 2º "D"				
1 19/03/15	43	Poco participativos. Los chicos estaban a la defensiva, se mostraron retadores, inquietos, con mucho desorden. Querían imponerse, defendiendo su espacio.	Se establecieron reglas en acuerdo con ellos. Se realizó un debate para analizar los acuerdos, se dieron cuenta que se les estaba tomando en cuenta a pesar de su desinterés y oposición.	90

SESIÓN FECHA	No. ALUMNOS	CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO	BENEFICIOS DE LA SESIÓN	% AVANCE
2 26/03/15	35	Más participativos. El hecho de realizar el juego con el tablero y premiarlos con dulces generó un ambiente más entusiasta, pero aún hay que trabajar en la empatía y el orden.	El debatir y defender sus opiniones les genera seguridad pero es importante generar un ambiente de respeto y reconocer errores.	90
3 16/04/15	33	Demasiado inquietos. Fueron poco participativos, estuvieron haciendo mucho ruido; a pesar de ello, quienes más ruido hacían fueron muy participativos y ponían mayor atención (dentro de su relajo).	Aporta herramientas para el autoconocimiento y toma decisiones de forma asertiva. En el tema de erotismo y sexualidad, les es difícil cambiar conceptos.	90
4 23/04/15	30	El grupo estaba demasiado inquieto. Al principio no querían trabajar, estuvieron haciendo mucho ruido; pero se logró que se integraran a las actividades.	Herramientas para la vida diaria, no sólo en la práctica sexual. Exhortación de algunos chicos hacia sus compañeros para aumentar la participación	100
5 y 6 07/05/15	21	Interesados pero muy inquietos, con constantes agresiones físicas y verbales. La mayoría estaba en la biblioteca, algunos llegaban al salón y volvían a salir.	Reflexionar acerca de la orientación sexual, ITS y riesgos que corren al ser sexualmente activos sin protección.	100
7 14/05/15	29	Demasiado inquietos, apáticos, hubo muchas manifestaciones de agresión física y verbal. Se mostraron desinteresados en las actividades.	Uso correcto de los anticonceptivos. Alcance de la correcta solución de problemas; toma de decisiones, defensa de derechos.	90
8 21/05/15	31	Al principio, tranquilos, callados y algo participativos; al transcurrir la sesión se tornaron inquietos, desinteresados, ruidosos, iniciaron las agresiones físicas y verbales, aunque en menor grado que en sesiones pasadas.	Aclaración de dudas individuales. Comparar lo que se les informa en el taller con lo que aprenden en su medio social, y sacar conclusiones.	80

SESIÓN FECHA	No. ALUMNOS	CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO	BENEFICIOS DE LA SESIÓN	% AVANCE
9 28/05/15	26	Inquietos. Aproximadamente un tercio del grupo no participó en ninguna de las actividades, el resto se concentró a jugar "Charlie-Charlie".	Esta sesión es ideal para combatir el acoso escolar, siempre y cuando se logre la atención de los chicos.	80
10 04/06/15	29	Clausura del taller. Revisión de dudas. Aplicación de la post-evaluación. Entrega de constancias de asistencia.		100

2.4.2 Taller "Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas"

2.4.2.1 Objetivo del taller

Despertar interés en los adolescentes de primer grado de secundaria en el desarrollo de las habilidades necesarias para la prevención y disminución del consumo de sustancias tóxicas adictivas.

2.4.2.2 Características de la población

Género	Femenino y masculino
Grupo de edad	11 a 15 años de edad
Grupos atendidos	<ul style="list-style-type: none"> ★ 1º "A" Turno matutino ★ 1º "B" Turno matutino • 1º "A" Turno vespertino • 1º "B" Turno vespertino • 1º "C" Turno vespertino • 1º "D" Turno vespertino • 1º "E" Turno vespertino

★ Mi participación como facilitador, apoyo y observadora la desarrollo en los grupos 1º "A" y 1º "B" en el turno matutino.

2.4.2.3 Programa analógico

Unidad 1. Presentación del taller

1. Presentación del taller.
2. Bienvenida.
3. Pre-evaluación.
4. Acuerdos de convivencia.
5. Autoestima.
6. Integración temática.

Unidad 2. Identificación de emociones

1. Actividad de recapitulación.
2. Reforzando mí autoestima.
3. Emociones básicas.
4. Integración temática.

Unidad 3. Regulación emocional

1. Actividad de recapitulación.
2. Regulación emocional.
3. Integración temática.

Unidad 4. Toma de decisiones

1. Actividad de recapitulación.
2. Solución de problemas.
3. Toma de decisiones.
4. Integración temática.

Unidad 5. Trabajo en equipo

1. Actividad de recapitulación.
2. Trabajo en equipo.
3. Empatía.
4. Integración temática.

Unidad 6. Desmitificación del consumo

1. Actividad de recapitulación.
2. Sensibilización.
3. Desmitificación.

4. Integración temática.

Unidad 7. Conociendo las drogas

1. Actividad de recapitulación.
2. Conceptos básicos.
3. Clasificación de las drogas.
4. Factores de riesgo y de protección.
5. Integración temática.

Unidad 8. Evolución del consumo de drogas

1. Actividad de recapitulación.
2. Experimentación, uso, abuso, dependencia y adicción.
3. Efectos y consecuencias.
4. Integración temática.

Unidad 9. Riesgos del consumo

1. Actividad de recapitulación.
2. Riesgos del consumo.
3. Efectos de consecuencias.
4. Integración temática.

Unidad 10. Clausura del taller

1. Actividad de recapitulación.
2. Proyecto de vida.
3. Post-evaluación.
4. Despedida.

2.4.2.4 Actividades realizadas

A lo largo del taller participé como facilitadora, apoyo y observadora. En este taller me nombraron responsable del equipo, así que tenía que coordinar las actividades y el papel de cada facilitador en cada sesión en ambos grupos; independientemente de la retroalimentación en la capacitación, al terminar cada sesión comentábamos las actividades (logros y fallas) para mejorar en la siguiente sesión, y de ser necesario cambiar la dinámica o la posición del facilitador para tratar de tener un mejor desempeño

y captar una mayor atención del grupo. Aun cuando los grupos eran diferentes, la comunicación y el respeto entre el equipo de facilitadores fue determinante para el desarrollo del taller, cada uno externaba su punto de vista del trabajo realizado; si alguien pensaba que podía mejorar la exposición de algún tema, manifestaba sus ideas y se le daba la oportunidad de explicar el tema. En el Cuadro 2.5 describo las características del grupo observadas en cada sesión, desde mi punto de vista.

Cuadro 2.5

Registro de observaciones de cada sesión del taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” para cada grupo.

SESIÓN FECHA	No. ALUMNOS	CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO	BENEFICIOS DE LA SESIÓN	% AVANCE
“PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”				
GRUPO 1º “A”				
1 22/09/15	35	Muy cooperativos. Atentos y participativos, un poco inquietos pero trabajadores.	Confianza y seguridad en sí mismos. Autoconocimiento.	100
2 29/09/15	22	Participativos. Los chicos se mostraron entusiastas y atentos.	Herramientas para una mejor convivencia grupal al conocerse más entre ellos e individualmente.	100
3 06/10/15	35	Participativos pero inquietos. Los chicos hablaban más que las otras sesiones, pero aun así ponían atención.	Técnica de relajación.	100
4 13/10/15	21	Muy inquietos.	Relajación profunda para disminuir estrés. Técnica de solución de problemas para tomar decisiones.	100
5 20/10/15	27	Muy inquietos. Con un “desorden ordenado” por el tipo de actividades de la sesión. Competitivos.	Trabajo en equipo, tolerancia a la frustración (al no querer trabajar con los compañeros asignados).	100
6 27/10/15	38	Cooperativos. Menos inquietos que la sesión anterior.	Repaso de las sesiones anteriores. Aclaración de dudas	70

SESIÓN FECHA	No. ALUMNOS	CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO	BENEFICIOS DE LA SESIÓN	% AVANCE
7 03/11/15	33	Muy inquietos (se estaba preparando un festival, sólo se tuvo una hora de actividades).	Orientación en materia de factores de protección.	60
8 24/11/15	34	Demasiado inquietos.	Orientación sobre factores de riesgo. Revisión de mitos.	100
9 y 10 01/12/15	26	Inquietos, pero trabajadores.	Análisis FODA y proyecto de vida.	100
GRUPO 1º "B"				
1 22/09/15	34	Muy cooperativos. Atentos y participativos.	Confianza y seguridad en sí mismos. Autoconocimiento.	100
2 29/09/15	32	Participativos. Los chicos se mostraron entusiastas y atentos.	Herramientas para enfrentar problemas y analizar situaciones reales que suceden a su alrededor.	100
3 06/10/15	27	Participativos pero inquietos. Hablaban más de lo normal.	Técnica de relajación.	90
4 13/10/15	34	Participativos, algo agitados; hablaban más que las otras sesiones. Desganados, pero ponían atención.	Entrenamiento en toma de decisiones y relajación.	100
5 20/10/15	20	Tranquilo, colaborativo, en ocasiones autorregulado, con mucha atención.	Repaso de las sesiones anteriores. Aclaración de dudas	100
6 27/10/15	32	Inquietos y participativos.	Reflexión sobre la ingesta de alcohol.	80
7 03/11/15	30	Inquietos y participativos.	Orientación sobre factores de protección. Toma de decisiones.	100
8 24/11/15	31	Al principio tranquilos, pero conforme fue avanzando la sesión se inquietaron, al grado de ya no querer trabajar la última actividad.	Reflexión sobre el proceso de adicción y factores de riesgo.	80
9 y 10 01/12/15	29	Cooperativos y tranquilos.	Establecimiento de metas y objetivos, es necesario esforzarse para lograrlo.	100

2.4.3 Aplicación de instrumentos

Los instrumentos aplicados a la población objetivo fueron:

- Para el taller “Sexualidad Adolescente”:
 - Habilidades para la vida (Anexo 19)
 - Sexualidad adolescente (Anexo 20)
- Para el Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”:
 - Habilidades para la vida (Anexo 19)
 - Cuestionario sobre percepción de riesgos (Anexo 21)
 - Cuestionario sobre consumo de alcohol, consumo de tabaco y consumo de marihuana (Anexo 22)

La razón por la que se aplicaron dichos instrumentos fue para obtener información acerca del conocimiento y habilidades que presentaban los adolescentes antes de tomar el taller y poderla comparar con lo adquirido posteriormente a la exposición del mismo.

La última sesión se usó para completar el programa, aclarar dudas y entregar constancia de asistencia al taller a cada uno de los adolescentes.

2.4.4 Manejo de grupo de estudiantes

En cada sesión trataba de integrar al grupo llamando su atención con las actividades y las exposiciones orales; tarea algo difícil ya que los estudiantes se mostraban inquietos. Desde el inicio del taller se les mencionó que era un espacio abierto para ellos; es decir, donde podían expresar abiertamente sus dudas, inquietudes y experiencias de vida, con el acuerdo previo de respetar a cada uno de los participantes.

En cada sesión se buscaba, además de la participación y comprensión de los temas:

- **Disciplina de los adolescentes.** Constantemente se recordaban los acuerdos de convivencia, se usaban reforzadores positivos y negativos, presión social y en ocasiones colaboración de los mismos estudiantes para reestablecer el orden.
- **Identificación de la organización interna de los grupos de estudiantes.** La identificación de los líderes dentro de las células formadas en cada grupo sirvió

para trabajar con ellos captando su atención, de tal forma que se usaron como guía de los demás integrantes de cada célula. También se identificó quienes eran los más participativos, quienes trataban de pasar inadvertidos, a los que incitaban al desorden y al orden, a quienes congeniaban o entraban en conflicto; con la finalidad de entender su ambiente y tratar de usar estas diferencias y semejanzas para tener un mejor manejo de grupo, lo cual en la mayoría de las veces se logró.

- **Empleo de estrategias.** Al trabajar en equipo, el pedir a los chicos más inquietos que asumieran el papel de responsables sirvió para hacerlos sentir importantes y mantener orden en la mayoría de los casos. Otra estrategia, que en lo personal practicaba repetidamente, fue el formar parte de los equipos con el propósito de explicar y supervisar la actividad, además de tratar de mantener el orden. En ocasiones se empleó el uso de reforzadores, no siempre daban resultado pero de alguna manera se captaba la atención de la mayoría la mayor parte del tiempo.

Se pedía la participación de los chicos, tratando de involucrar a aquellos cuya participación era escasa, de esta forma tenían que estar más atentos a las explicaciones, claro, sin dejar de tomar en cuenta a los más participativos.

Al momento de hacer la exposición oral, en lo personal, la mayoría de las veces, me movía a lo largo del salón, ya que de esta manera los chicos que estaban distraídos tenían que poner atención y dejar de hacer las actividades distractoras porque les pedía que dieran ejemplos de lo que les estaba explicando.

Frecuentemente se hacía hincapié en el objetivo principal del taller: proporcionar las herramientas de “Habilidades para la Vida” para que los adolescentes recordaran los conceptos y se habituaran a ellos, de tal manera que los usaran como herramientas al momento de tomar decisiones.

2.4.4.1 Uso de técnicas cognitivo-conductuales

- Actuar como sí
- Expresión de la propia experiencia (autorrevelación)
- Utilización de los demás como punto de referencia

- Experimentos conductuales
- Técnicas de relajación
- Juego de roles
- Moldeamiento e imitación
- Reforzador positivo
- Reforzamiento diferencial de tasa baja de conducta
- Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles
- Costo de respuesta
- Solución de problemas
- Imaginación guiada
- Retroalimentación
- Sustitución (por imágenes positivas)
- Identificación de emociones

2.4.5 Necesidades atendidas

En ambos talleres:

- a. Enseñanza de las “Habilidades para la Vida” en adolescentes de secundaria en un rango de edad de 11 a 16 años.
- b. Entrenamiento en la adquisición de las “Habilidades para la Vida” en adolescentes de secundaria en un rango de edad de 11 a 16 años.

En el taller “Sexualidad Adolescente”:

- Enseñanza de los factores de protección esenciales para el ejercicio de una sexualidad responsable, prevención del embarazo y de conductas de riesgo.
- Enseñanza de los factores de riesgo en el ejercicio de la sexualidad.
- Promoción de una transición saludable en el ejercicio de la sexualidad

En el taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”:

- Enseñanza de los factores de protección esenciales en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

- Enseñanza de los factores de riesgo que conducen al consumo de sustancias psicoactivas.
- Enseñanza de los riesgos del consumo de sustancias psicoactivas en la etapa adolescente.

2.4.6 Estrategias

Las estrategias que como psicóloga use con más frecuencia en los talleres fueron:

- **Técnicas expositivas.** La capacitación y la búsqueda de información bibliográfica permitían que los facilitadores tuviéramos el conocimiento y dominio del tema a exponer en cada sesión. Las observaciones de los adolescentes en su ambiente escolar servía para adecuar la exposición a las necesidades de cada grupo.
- **Técnica de juego de roles.** En lo que se refiere a la capacitación esta técnica fue muy significativa ya que se usaba para simular el ambiente escolar de los adolescentes, proporcionando a los expositores un entrenamiento lo más parecido a la realidad.
- **Técnica de dramatización.** En los talleres se usó está técnica para simular situaciones cotidianas a las que se enfrentan los adolescentes, pero en un ambiente controlado y de respeto. Se llevaba a la práctica lo aprendido con la finalidad de dotarlos de herramientas adecuadas para resolver las situaciones de la vida real.
- **Lluvia de ideas.** Los adolescentes aportaban conocimiento u opiniones acerca del tema tratado, para obtener un concepto generalizado. Permitted crear y fortalecer el pensamiento creativo en los estudiantes. Se pedía respeto para cada participante, de tal forma que se exhortaba a la libertad de pensamiento. A los facilitadores nos permitía conocer qué tanto conocimiento tenían del tema.
- **Discusión de grupo y en parejas.** Con esta técnica se promovía que los adolescentes expusieran sus puntos de vista en un grupo reducido o en pareja permitiendo que se dieran cuenta que en ocasiones pueden compartir los mismos argumentos con otros, pero que también pueden diferir en la forma de

conceptualizar; sin embargo, pueden complementar su conocimiento, llegar a acuerdos y sacar conclusiones.

- **Profundizar en las experiencias personales de los adolescentes.** Con la finalidad de llevar las habilidades para la vida fuera de las sesiones del taller; es decir, mostrar que lo expuesto es útil en la vida diaria en la edad adolescente y en su vida futura, en cualquier ámbito.

Capítulo 3

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

3.1 Objetivos del informe profesional del servicio social

- 3.1.1 Explicar las actividades realizadas en el periodo de servicio social.
- 3.1.2 Elaborar el marco teórico que fundamente las actividades relacionadas con el programa de servicio social.
- 3.1.3 Presentar resultados de las actividades realizadas relacionadas con el programa de servicio social.
- 3.1.4 Analizar los resultados obtenidos de las actividades realizadas en el servicio social, exponiendo el aporte a la población objetivo y en lo personal como prestadora de servicio social.
- 3.1.5 Proponer alternativas de trabajo para mejorar el programa de servicio social.

3.2 Soporte teórico metodológico

3.2.1 Habilidades para la vida, HpV

El soporte teórico metodológico para la sección de habilidades para la vida corresponde al manual “Taller de Habilidades para la Vida. Sexualidad Adolescente” proporcionado en el programa de servicio social de la autoría de la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, Lic. Fernando Manuel Pacheco Guzmán, Lic. Cristian Omar Figueroa Mendiola, Psic. Yesenia Serrano Echeverria y Psic. Paris Olalde Estrada.

Macedo (2006), menciona que el concepto “Life Skills” (habilidades para la vida) apareció como respuesta a la necesidad de inclusión en el currículo escolar de elementos que pudieran ayudar a los estudiantes a hacer frente a riesgos, toma de decisiones y situaciones de emergencia, a partir de una iniciativa mundial organizada por la OMS. Bravo (2006), hace referencia a que el enfoque tiene por objetivo que las niñas, niños y jóvenes adquieran herramientas psicosociales que les permitan acceder a estilos de vida saludables.

Habilidades para la vida “son aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento eficiente y positivo que nos permita enfrentar eficazmente los retos cotidianos y hacernos cargo de las decisiones que afectan nuestra vida” (Givaudan y Pick, 2006, p. 203), por su parte la Organización Panamericana de Salud (2001) lo define como “el proceso de desarrollo de habilidades en áreas específicas para fortalecer los factores protectores de un adolescente, promover la competitividad necesaria para lograr una transición saludable hacia la madurez y promover la adopción de conductas positivas”.

Los programas basados en el enfoque de habilidades para la vida según Mangrulkar, Whitman y Posner (2001) deberán contener el desarrollo de habilidades (habilidades sociales, habilidades cognitivas y habilidades para el control de emociones), contenido informativo (tareas personales, sociales y de salud en el adolescente), y finalmente metodologías interactivas de enseñanza (aprendizaje significativo).

Montoya y Muñoz (2009), enuncian las diversas teorías provenientes de distintas disciplinas y áreas del conocimiento, relacionadas con el desarrollo humano, el comportamiento y el aprendizaje, entre otras, que dan cuerpo a este enfoque:

- ***La teoría del aprendizaje social.*** También conocida como la teoría del Modelo Cognitivo de Aprendizaje Social, está basada en el trabajo de Bandura (1982). Este autor concluyó que los niños aprenden a comportarse tanto por medio de la instrucción como de la observación. Las influencias que ejerció sobre las habilidades que estamos exponiendo son: 1. La necesidad de proveer a los niños con métodos para enfrentar aspectos internos de su vida social, incluyendo reducción de estrés, autocontrol y toma de decisiones. 2. Para que este enfoque de habilidades para la vida sea efectivo hay que duplicar el proceso por el que los niños aprenden conductas, incluyendo observación y representaciones, además de la simple instrucción.
- ***La teoría de la influencia social.*** Basada en el trabajo de Bandura y en la teoría de la inoculación psicosocial. Desde aquí se reconoce que los niños

y adolescentes bajo presión, se involucrarán en conductas de riesgo. Este enfoque fue inicialmente usado por Evans (1976 y cols.; 1978) conocido generalmente como “educación sobre la resistencia a los pares”.

- **La solución cognitiva de problemas.** Basado a en la teoría de que la enseñanza de habilidades interpersonales de solución cognitiva del problema en niños a temprana edad puede reducir y prevenir conductas negativas.
- **Teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner,** que postula que todos los seres humanos nacen con ocho inteligencias, pero que se desarrollan en grados distintos según las diferencias individuales y que al desarrollar habilidades o resolver problemas, los individuos usan sus inteligencias de formas diferentes.
- **Teoría de la resiliencia y riesgo de Bernard.** Trata de explicar por qué algunas personas responden mejor al estrés y a la adversidad que otras.
- **Psicología constructivista.** Las teorías de Piaget y Vygotsky sugieren que el desarrollo cognitivo está centrado en el individuo y sus interacciones sociales.
- **Teoría del desarrollo infantil y adolescente** (teorías sobre desarrollo humano). Los cambios biológicos, sociales y cognitivos que ocurren desde la infancia hasta la adolescencia constituyen la base de la mayoría de las teorías sobre desarrollo humano.

Así mismo, Mantilla (1993; citado en Montoya y Muñoz, 2009) señala las diez habilidades para la vida que son indispensables para que los adolescentes y jóvenes adquieran la capacidad de elegir estilos de vida saludables según la OMS:

1. **Autoconocimiento.** Es la habilidad de conocer nuestros propios pensamientos, reacciones, sentimientos, qué nos gusta o disgusta, cuáles son nuestros límites, y nuestros puntos fuertes/débiles.
2. **Empatía.** Es la habilidad de ponerse en el lugar de la otra persona en una situación muy diferente de la primera. Esta habilidad ayuda al alumno a comprender mejor al otro y por tanto responder de forma consecuente con las necesidades y circunstancias de la otra persona.

3. **Comunicación asertiva.** *Es la habilidad para expresar con claridad y de forma adecuada los sentimientos, pensamientos o necesidades individuales.*
4. **Relaciones interpersonales.** *Es la habilidad de establecer, conservar e interactuar con otras personas de forma positiva, así como dejar de lado aquellas relaciones que impiden un desarrollo personal.*
5. **Toma de decisiones.** *Es la habilidad de evaluar las distintas posibilidades, teniendo en cuenta necesidades y criterios, y estudiando cuidadosamente las consecuencias que pueden acarrear las diferentes alternativas, tanto en la vida individual como ajena.*
6. **Solución de problemas y conflictos.** *Habilidad para buscar la solución más adecuada a un problema/conflicto, identificando en ello oportunidades de cambio y crecimiento personal y social.*
7. **Pensamiento creativo.** *Es la habilidad que permite buscar alternativas diferentes de manera original ayudando a realizar una toma de decisiones adecuada.*
8. **Pensamiento crítico.** *Es la habilidad que permite preguntarse, replantearse, analizar objetivamente la situación existente de la forma más objetiva posible para llegar a conclusiones propias sobre la realidad.*
9. **Manejo de emociones y sentimientos.** *Es la habilidad de reconocer las propias emociones y sentimientos y saber cómo influyen en el comportamiento, aprendiendo a manejar las emociones más difíciles como ira, agresividad, etc.*
10. **Manejo de tensiones y estrés.** *Es la habilidad de conocer qué provoca tensión y estrés en la vida y encontrar formas de canalizarlas para que no interfieran en nuestra salud.*

Habilidades sociales

Caballo (2007) menciona que la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que

generalmente resuelve problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

El conjunto de conductas socialmente habilidosas son:

- **Habilidad de comunicación básica**, (iniciar y mantener una conversación, hacer o realizar cumplidos, dar las gracias etc.)
- **Habilidad de comunicación avanzada** (petición de ayuda, disculparse, convicción, expresión del desacuerdo y/o opinión personal, etc.)
- **Habilidades relacionadas con situaciones específicas** (hacer amigos, expresar sentimientos, establecer vínculos de relación, seguir pautas de convivencia, participación ciudadana, etc.) (Álvarez y Bisquerra, 2001).

“Los años de la adolescencia representan una época muy desafiante, ya que las relaciones con los padres, los pares y otras personas se hacen muy complejas. Las interacciones sociales efectivas son un factor crítico para funcionar en su entorno” (Mangrulkar, Whitman y Posner, 2001, p. 25).

“La persona que ha aprendido las habilidades sociales para relacionarse de forma satisfactoria con las otras personas mejora su calidad de vida y su bienestar” (Álvarez y Bisquerra, 2001).

Habilidades cognoscitivas

“La mayoría de los programas de adolescentes que usan el enfoque de habilidades para la vida combinan las habilidades sociales y las habilidades cognitivas” (Mangrulkar y cols., 2001, p. 26).

“Si nos concentramos en la adolescencia, el sujeto se ve inmerso en multitud de situaciones que ha de resolver” (Álvarez y Bisquerra, 2001). El fomentar el desarrollo de solución de problemas en su repertorio de habilidades personales, es importante porque dota a los adolescentes de estrategias que, evitando el modo de actuar impulsivo y poco reflexivo, les permite tomar decisiones de un modo sistemático, racional y reflexivo.

Mangrulkar, Whitman y Posner (2001) plantearon que la solución de problemas

se identifica como un curso de acción que cierra la brecha entre la situación actual y una situación futura deseable. Este proceso requiere que quien toma la decisión sea capaz de identificar diferentes cursos de acción o solución a un problema, y determinar cuál es la mejor alternativa de solución.

Mangrulkar y cols. (2001) mencionan que otro aspecto necesario de la cognición está relacionado con la autoevaluación o la capacidad de reflexionar sobre el valor de las propias acciones y las cualidades de uno mismo y con los demás. Las personas que creen que son causalmente importantes en sus propias vidas tienen una tendencia a participar en conductas más proactivas, más constructivas y saludables, las cuales se relacionan con resultados positivos.

Habilidades para controlar las emociones

Bisquerra y Pérez (2007) mencionan que el dominio de las emociones potencia una mejor adaptación al contexto; y favorece un afrontamiento a las circunstancias de la vida con mayores probabilidades de éxito. Entre los aspectos que se ven favorecidos por las competencias emocionales están los procesos de aprendizaje, las relaciones interpersonales, la solución de problemas, la consecución y mantenimiento de un puesto de trabajo, etc.

Desde 1997 en el GROPE (Grup de Recerca en Orientació Psicopedagògica) se trabaja la educación emocional, en investigación y docencia, con el propósito de contribuir al desarrollo de las competencias emocionales. Estas pueden agruparse en cinco bloques: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía personal, inteligencia interpersonal y habilidades de vida y bienestar (Álvarez y Bisquerra, 2001).

Metodologías interactivas de enseñanza

Para el desarrollo de habilidades cognitivas, sociales y emocionales es necesario contar con una pedagogía de aprendizaje significativo, sustituir hábitos de pasividad por nuevos hábitos de participación (Niño, 2011). A través de métodos tales como actuación, debates, análisis de situaciones y solución de problemas

de forma individual, el alumno generará un autodescubrimiento fijando metas y objetivos de acuerdo a sus intereses personales y sus necesidades.

Contenido informativo

“Aun cuando algunos programas tratan de enseñar en forma genérica las habilidades para la vida y sociales, la investigación indica que los programas efectivos incluyen normativa del contenido, es decir, enseñar a los niños la aplicación de habilidades en conductas” (Mangrulkar y cols., 2001, p. 28; 5).

Finalmente “los resultados de la evaluación de programas muestran que el desarrollo de las habilidades para la vida puede retrasar el inicio del uso de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo, enseñar a controlar la ira, mejorar el desempeño académico y promover el ajuste social positivo” (Mangrulkar y cols., 2001, p. 5).

Teoría de la conducta planeada

El comportamiento de una persona está determinado por los motivos que lo llevan a una conducta específica. Éstos a su vez están estrechamente relacionados con las actitudes, las normas subjetivas y el control percibido (Benavides, Martínez, Ramos y Rico, 2011) a esto se le denomina Teoría de la Conducta Planeada desarrollada por Ajzen (1985) a partir de la Teoría de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975).

La teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) supone que casi todas las conductas están determinadas por creencias (actitudes) ocultas que se derivan de y están sostenidas por el patrón cultural y social de las sociedades en las que se vive (norma subjetiva), (Argote, Cabrera, Castillo, González, Mejía, Vásquez y Villaquirán, 2005). Para 1985 aparece el término percepción de control desarrollado por Ajzen el cual ha sido equiparado al concepto de autoeficacia propuesto por Bandura (Breva, Carpi y Palmero, 2005), ambos comparten la percepción de capacidad por parte de la persona para realizar una conducta.

De este modo, las actitudes, norma subjetiva y percepción de control son las variables que anteceden a la intención y esta a su vez antecede a la conducta (Figura 3.1).

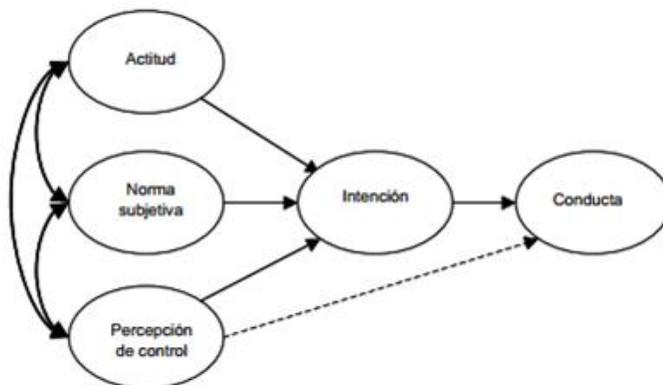


Figura 3.1. Modelo de la teoría de la conducta planeada. Fuente: Breva, Carpi y Palmero, 2005.

Como se puede observar en el modelo, todas las variables (actitud, norma subjetiva y percepción de control) tienen una influencia en la formación de la intención, siendo ésta y la percepción de control las únicas que pueden intervenir directamente en el desarrollo de una conducta. Desde la aparición del modelo, la aplicabilidad ha sido a diversas áreas de la conducta humana, siendo el área de la salud uno de los ámbitos de mayor aplicación (Breva, Carpi y Palmero, 2005).

Se han estudiado las actitudes sexuales, y los hallazgos demuestran que las actitudes negativas frecuentemente anteceden a las conductas sexuales de riesgo que ocurren entre los adolescentes. (Benavides, Martínez, Ramos y Rico, 2011), lo cual está determinado por: La percepción que tenga el individuo de lo que es importante para él o ella sobre su conducta, la creencia del individuo sobre si la conducta de enriquecimiento de la salud le será personalmente beneficiosa (Argote y cols., 2005).

De acuerdo con esta teoría la intención de adoptar una conducta saludable también está determinada por la norma subjetiva, por ejemplo: su interpretación de lo que percibe que la gente importante en su vida desearía que él hiciera con respecto a la conducta saludable, la creencia que tiene de lo que las personas que le son importantes desearían que él hiciera (Argote y cols., 2005).

Noboa y Serrano (2006) mencionan que la autoeficacia o control conductual percibido se manifiesta a través de la confianza en la capacidad de sobreponerse a los obstáculos, inherentes al proceso de alcanzar una meta. Para lograr protegerse del contagio de alguna ITS, del VIH/SIDA o del embarazo no planeado, las personas necesitan poseer las destrezas que les permitan manejar situaciones de conflicto, saberlas integrar a un curso de acción apropiado y utilizarlas de forma correcta en circunstancias difíciles.

Muchos autores y autoras han señalado la negociación como la estrategia más adecuada para trabajar los conflictos vinculados a la práctica de comportamientos de sexo seguro, mediante su implementación las mujeres pueden manifestar sus intereses, valores y los de su pareja; tomar decisiones más acordes con las metas y aspiraciones de ambos, y establecer tales decisiones sobre una base de común acuerdo y compromiso. En esa medida pueden fortalecer su autoestima y sentido de control conductual percibido (Noboa y Serrano, 2006).

3.2.2 Adolescencia

“De conformidad con la primera parte del artículo 5 de la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, son niñas y niños los menores de 12 años; y adolescentes las personas de entre 12 años cumplidos y menos de 18 años de edad” (CNDH, 2015).

Se dice que la adolescencia es la etapa en que los jóvenes están en una búsqueda constante de identidad; fluctúan entre dependencia e independencia, pero no son autosuficientes por lo que se genera un choque de valores, los del adolescente contra los de los padres, amigos y profesores; es un ambiente de confusión, ambivalencia, de cambios corporales y de autoimagen; se producen fricciones con la familia y el entorno social (Pick, 2000; Abreastury, 2004; Stanley Hall, 1904, citado en Craig, 2009, p. 13)

Tradicionalmente se relaciona el inicio de las etapas de adolescencia y de pubertad e incluso se consideran sinónimos; sin embargo, no lo son; se ha registrado el inicio de la pubertad en niñas menores de 10 años. La diferencia estriba en que “la adolescencia es la transición del desarrollo entre la infancia y la adultez que implica cambios físicos,

cognitivos y psicosociales importantes” (Larson y Wilson, 2004; citado en Papalia, 2009, p. 461); “la pubertad es el proceso mediante el cual la persona alcanza la madurez sexual y la capacidad para reproducirse” (Papalia, 2009, p. 461).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), tomando como referencia la forma en que se agrupa a los jóvenes en las instituciones educativas, define (OPS, 2008; citado en Vélez, 2012, p. 396):

- **Adolescencia** como el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años
- **Juventud** como la etapa entre los 15 y los 24 años
- **Población joven** como el periodo entre los 10 y los 24 años

Las características universales del desarrollo en la etapa adolescente se han establecido como (Vélez, 2012, p. 397):

1. Comienzo de la pubertad
2. Aparición de habilidades cognitivas más desarrolladas
3. Transición a nuevas funciones en la sociedad

La OPS en el 2008 presentó un enfoque diferente para la clasificación de las etapas de la adolescencia, para el cual tomó en cuenta un periodo de desarrollo humano entre los 10 y los 24 años, basándose en las cinco dimensiones del desarrollo: corporal o físico, cerebral o intelectual, emocional, espiritual y social. El Cuadro 3.1 muestra la dimensión emocional del desarrollo en las etapas de la adolescencia (OPS, 2008).

Cuadro 3.1

Clasificación de las etapas de desarrollo en los adolescentes: Dimensión emocional del desarrollo.

Etapa	Características
<p>Pre-adolescencia</p> <p>9-12 años (mujeres)</p> <p>10-13 años (varones)</p>	<p>Se produce un incremento gradual de la autoconciencia y de los sentimientos de vergüenza. Aflora la necesidad de tener más privacidad. Se producen fluctuaciones en la expresión verbal. Surge la habilidad para explorar las diversas razones de un sentimiento, comparar los sentimientos y comprender las interacciones trídicas entre los estados emocionales. Esto va acompañado de la capacidad de diferenciar los matices y las gradaciones entre los diferentes estados emocionales. Existe un desplazamiento gradual de la moralidad convencional (recompensas y castigos) a la moralidad convencional (reglas de la sociedad).</p>

Tomado de OMS/OPS, 2008. Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Citado en Vélez, 2012, pp.396-397.

Etapa	Características
Adolescencia inicial 12-14 años (mujeres) 13-15 años (varones)	Se presenta un alto nivel de autoconciencia y ocurren fluctuaciones en la autoestima. Se incrementa el grado de estrés, particularmente en las mujeres. La necesidad de lograr una mayor autonomía emocional de los padres continúa y, se alimenta por abandono más firme de la idealización de los padres y una mejor definición de las opiniones del propio adolescente. Al mismo tiempo aumenta la dependencia emocional de los amigos. Existe una mayor empatía y receptividad hacia los amigos íntimos y una habilidad emergente para reflexionar sobre los sentimientos en las relaciones con un sentido interiorizado de sí mismo.
Adolescencia media 14-16 años (mujeres) 15-17 años (varones)	Hay un intenso desarrollo de las nociones de sí mismo más diferenciadas, una mayor autosuficiencia y la capacidad de reflexionar sobre los sentimientos en relaciones con un sentido interiorizado de sí mismo. Disminuyendo los sentimientos de nostalgia que anteriormente se sentían como ansiedad y depresión. Hay una mayor atención en la amistad, particularmente en las mujeres. Se advierte mayor empatía y receptividad hacia los amigos íntimos. Todavía está presente una moralidad convencional en la mayoría de los jóvenes.
Adolescencia tardía 16-18 años (mujeres) 17-18 años (varones)	Se percibe nuevamente un incremento paulatino de la intimidad con los padres, siempre y cuando la relación con ellos haya sido buena en los años anteriores. Existe un incremento gradual en la autonomía de valores y en algunos casos en el desarrollo de la moralidad pos convencional (es decir, se cree que las reglas de la sociedad tienen la finalidad de apoyar y servir a las personas). Los cambios relacionados incluyen incremento en la capacidad de razonamiento, el pensamiento hipotético y la autonomía emocional, además comienza a notarse interés hacia los planes futuros.
Juventud 18-21 años	La autonomía emocional sigue en incremento, se empieza a tener la capacidad de ver a los propios padres como personas, más allá de su función de padres. Aumenta la estabilización de la intimidad con los padres, siempre y cuando la relación con ellos haya sido buena en los años anteriores. Se logra la autonomía de valores y, algunas veces, la moralidad pos convencional. Se intensifica el interés y las preocupaciones por los planes futuros.
Primeros años de la adultez 21-24 años	La mayoría de los adultos jóvenes logran niveles emocionales y de autonomía de valores más elevados y, en algunos casos alcanzan la moralidad pos convencional; esto sucede porque tienen el potencial biológico y cognitivo adecuado, así como apoyo social y emocional. Se incrementa la preocupación por lograr independencia económica.

Tomado de OMS/OPS, 2008. Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Citado en Vélez, 2012, pp.396-397.

En teoría la etapa de adolescencia finaliza alrededor de los 19 o 20 años; sin embargo, aun cuando se ha llegado a la edad adulta hay quienes se conducen como adolescentes, esto se debe a que no han logrado un desarrollo completo de las dimensiones emocional, social, intelectual y espiritual, pero, la dimensión fisiológica sigue su curso (Cuadro 3.2).

Cuadro 3.2

Secuencia común de cambios fisiológicos en la adolescencia.

SECUENCIA COMÚN DE CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA			
Características femeninas	Edad de primera aparición	Características masculinas	Edad de primera aparición
Crecimiento mamario	* 6 – 13	Crecimiento de testículos y escroto	9 – 13.5
Crecimiento de vello púbico	*6 – 14	Crecimiento del vello púbico	12 - 16
Crecimiento rápido del cuerpo	9.5 – 14.5	Crecimiento rápido del cuerpo	10.5 - 16
Menarquia	10 – 16.5	Crecimiento del pene, glándula prostática, vesículas seminales	11 – 14.5
Aparición de vello axilar	Aprox. dos años después de la aparición del vello púbico.	Cambio en la voz	Prácticamente al mismo tiempo que el crecimiento del pene.
Aumenta secreción de glándulas sebáceas y sudoríparas (puede conducir al acné)	Casi al mismo tiempo que la aparición del vello axilar.	Espermarquia	Cerca de un año después de comenzar el crecimiento del pene.
		Aparición de vello facial y axilar	Aprox. dos años después de la aparición del vello púbico.
		Aumenta secreción de glándulas sebáceas y sudoríparas (pueden conducir a acné)	Casi al mismo tiempo que la aparición de vello axilar.

Tomado de Papalia, 2009, p. 465.

*En Estados Unidos se han reportado casos de niñas que a los 6 años de edad presentan crecimiento mamario y aparición de vello púbico (Papalia, 2009).

El desarrollo de las características sexuales tanto primarias como secundarias avanza con la edad. Las características sexuales primarias contemplan el crecimiento y maduración de los órganos necesarios para la reproducción durante la pubertad, las características sexuales secundarias hacen referencia a los cambios fisiológicos de maduración sexual que no implican directamente los órganos sexuales (Cuadro 3.3).

Cuadro 3.3

Características sexuales primarias y secundarias.

Características sexuales primarias		Características sexuales secundarias	
Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Ovarios	Testículos	Mamas	Vello púbico
Trompas de Falopio	Pene	Vello púbico	Vello axilar
Útero	Escroto	Vello axilar	Desarrollo muscular
Clítoris	Vesículas seminales	Cambios en la voz	Vello facial
Vagina	Próstata	Cambios en la piel	Cambios en la voz
		Aumento en la amplitud y profundidad de la pelvis	Cambios en la piel
		Desarrollo muscular	Aumento en amplitud de los hombros

Tomado de Papalia, 2009, p. 465.

En conclusión, elaborar un concepto concreto y preciso de lo que es la adolescencia no es fácil debido a los diferentes factores que inciden en la vida de cada persona durante esta etapa, específicamente hablando de las dimensiones física, emocional y cognitiva. El inicio de la pubertad tanto en niñas como en niños ha descendido tres años a lo largo de los dos últimos siglos al mejorar las condiciones de salud y nutrición; sin embargo, algunos varones inician la pubertad entre los 14 y 15 años; ambos casos salen del marco de referencia de la OMS y de los distintos conceptos para las etapas de desarrollo. Las variaciones en los rangos de edad que tienen contempladas las leyes en los diferentes países para considerar a un individuo como adulto o “mayor de edad”, también complica la definición de adolescencia. La ONU establece que “los adolescentes son personas

con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años; es decir, la segunda década de la vida”. Esta definición permite que se pueda considerar a los adolescentes como un grupo de edad en el manejo de datos estadísticos (UNICEF, 2011, pp. 8-10).

La información de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 indica que México es un país de jóvenes. Se registró una población total de 119.9 millones de habitantes. Al comparar la pirámide de población de 2010 a 2014 (Figura 3.2) se observa que la población menor de 29 años ha descendido ligeramente (ENADID, 2014).

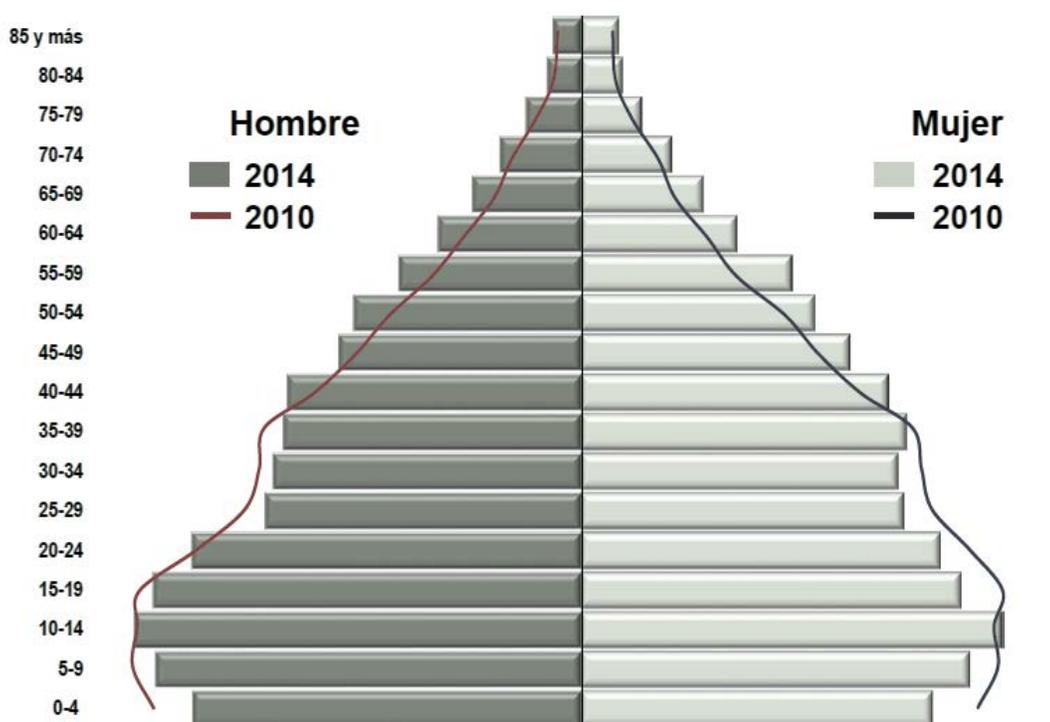


Figura 3.2. Estructura por edad y sexo de la población 2010 y 2014. *Fuente:* INEGI. Censo de Población y vivienda 2010. Consulta interactiva de datos. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos. Tomada de ENADID 2014, pdf.

La proyección de la población mexicana (Anexo 23), es de un país de jóvenes, de ahí la importancia de impartir talleres de habilidades para la vida a los adolescentes. La estabilidad emocional de los adolescentes de hoy representa la estabilidad económica y social de los adultos del futuro. Por tal motivo la OMS ha designado un espacio especial para los adolescentes, en el rubro “Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década”.

La Figura 3.3 muestra las principales causas de muerte adolescente; los decesos a causa de VIH/sida ocupan el segundo lugar (OMS, 2014, p. 5). La Figura 3.4 muestra las principales causas de AVAD (Años de Vida Perdidos Ajustados en función de la Discapacidad) entre los adolescentes por sexo, como se puede ver el cuarto lugar lo ocupa el VIH/sida (OMS, 2014, pp. 4-5).

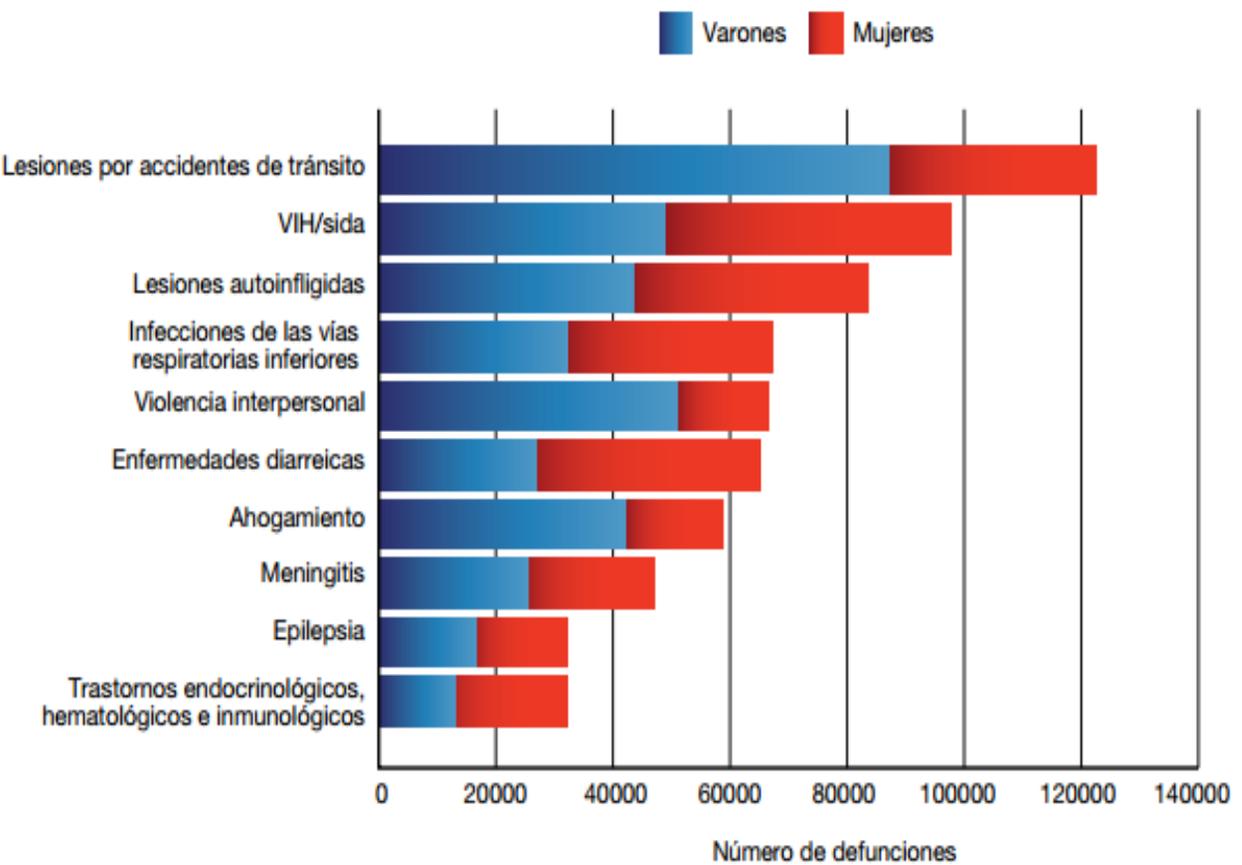


Figura 3.3 Las diez causas principales de muerte en adolescentes, por sexo. Fuente: OMS, 2014. *Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década.* WHO/FWC/MCA/14.05.

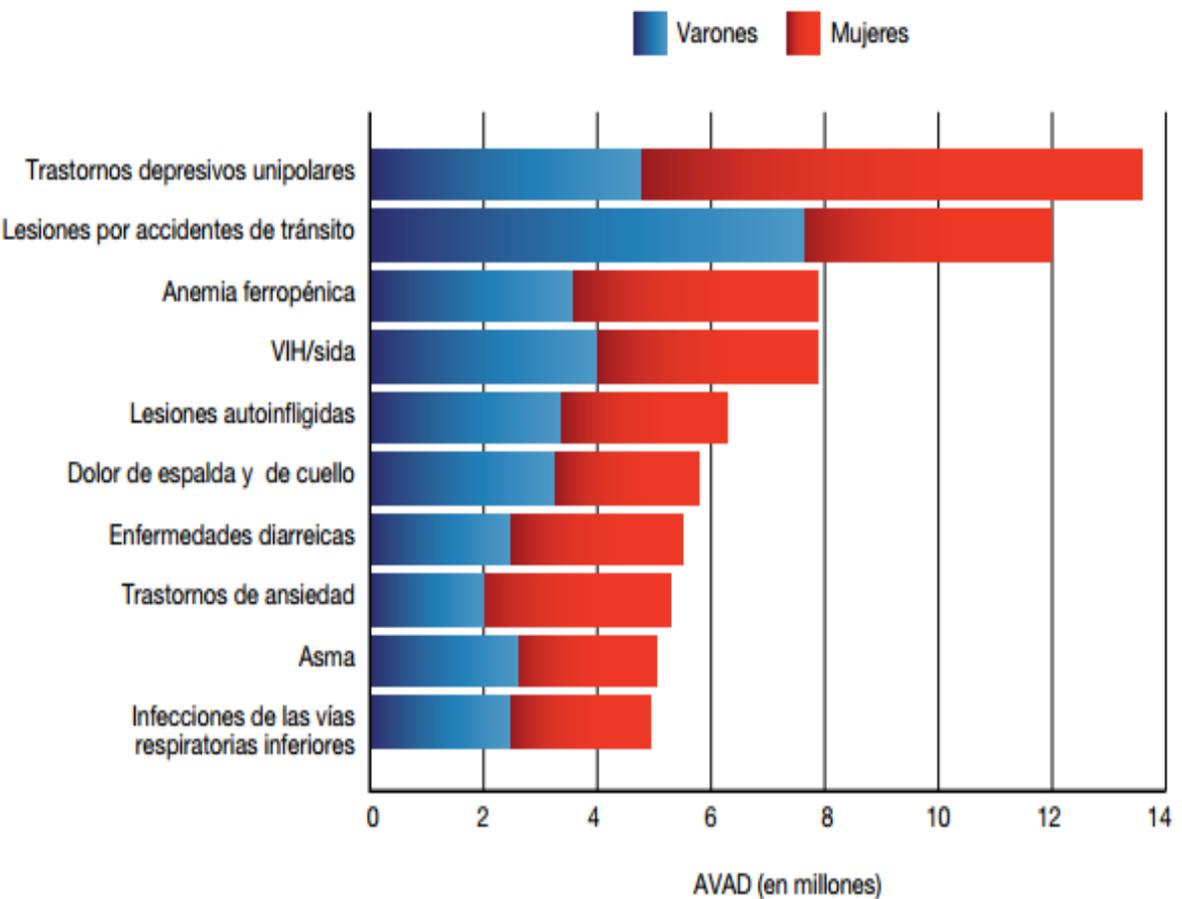


Figura 3.4 Las diez principales causas de AVAD entre los adolescentes, por sexo. Fuente: OMS, 2014. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. WHO/FWC/MCA/14.05. (AVAD, años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad).

Cada etapa de vida está ligada a la etapa anterior así que la forma en que se viva la adolescencia impactará en la vida adulta (Botello, 2015). El “Programa de Desarrollo de Habilidades para la Vida en Estudiantes de Secundaria” con los talleres “Sexualidad Adolescente” y “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” busca dotar a los adolescentes de herramientas para enfrentar situaciones de riesgo sin importar las condiciones en las que han crecido; es decir, se busca crear en los adolescentes perfiles

resilientes; por ejemplo los programas que ha desarrollado la OMS en materia de prevención de situaciones de alto riesgo para los adolescentes han logrado disminuir la tasa de adicciones y embarazos adolescentes (OMS, 2014, p. 6).

3.2.2.1 Cambios psicosociales en la etapa de adolescencia

Tanto los cambios biológicos como los psicosociales que se producen durante la etapa de la adolescencia impactan la vida del individuo, sientan las bases de una vida saludable tanto física como emocional; de ahí que este periodo del desarrollo es una etapa especial en el ciclo de vida. La marginación, la explotación y la falta de apoyo de la familia son factores determinantes en la salud mental y emocional del adolescente. La OMS ha diseñado un modelo ecológico de los determinantes de la salud en diferentes niveles en el desarrollo adolescente (Figura 3.5) con base en investigaciones científicas de los últimos 20 años (OMS, 2014, p.7).

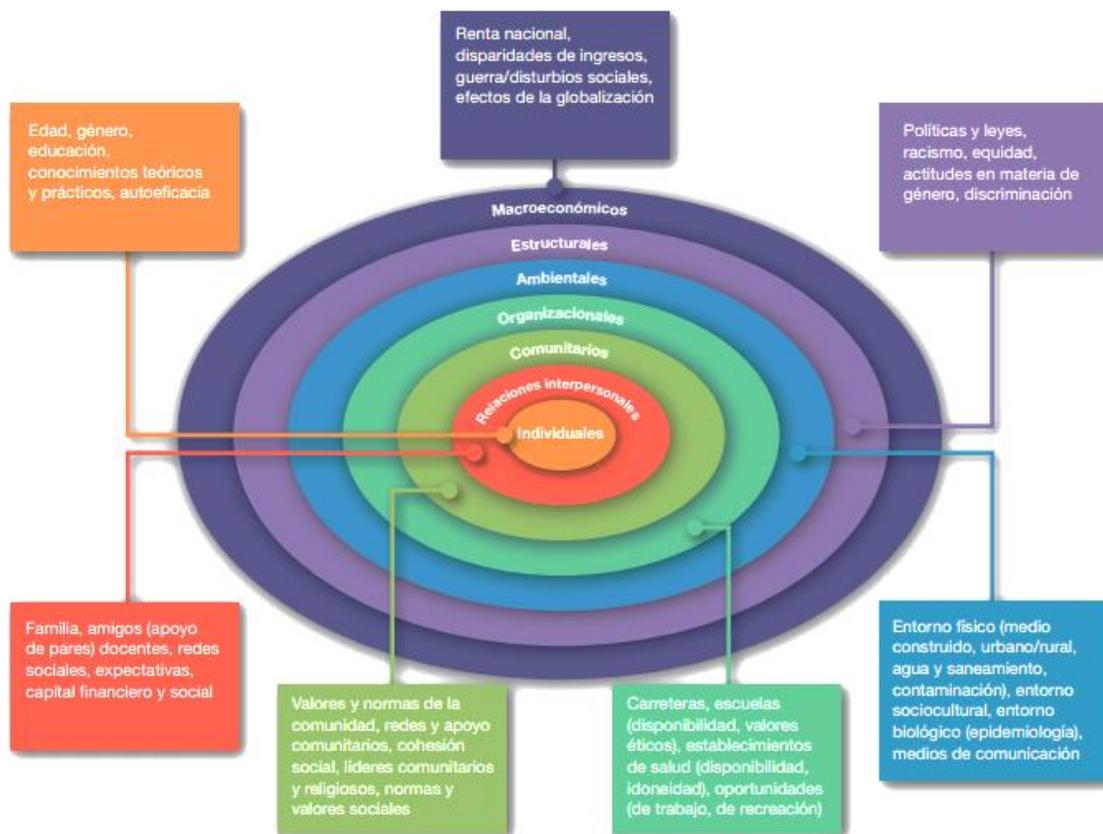


Figura 3.5 Modelo ecológico de los determinantes de la salud y el desarrollo de los adolescentes. *Fuente:* OMS, 2014. *Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década.* WHO/FWC/MCA/14.05.

- **A nivel individual.** La edad, el sexo, los conocimientos, la preparación y la forma de resolver problemas y situaciones de la vida diaria.
- **A nivel de familias y pares.** La familia es la base de la educación, enseña principios y valores; pero también representa o debería representar el espacio donde los adolescentes tienen las relaciones más cercanas; por el proceso de desarrollo, los pares es otro apoyo emocional y se van convirtiendo en el vínculo relacional predominante al grado de desplazar a la familia.
- **A nivel de las comunidades.** Representado por redes de apoyo comunitario (escuelas, clubes deportivos, centros religiosos y centros de salud) lugares donde pueden encontrar diversos servicios y oportunidades de esparcimiento; siendo algunos de ellos puntos clave en la integración y convivencia familiar.
- **A nivel determinantes sociales.** Son repercusiones poco directas. Está formado por las decisiones políticas sobre la distribución de recursos y el poder y el ejercicio de los derechos humanos.
- **A nivel normas y prácticas culturales.** Este nivel lo integran los medios de difusión y los medios interactivos digitales, que cada día van ganando más terreno en la vida de los adolescentes.

En 1993 la División de Salud Mental de la OMS, propuso la Iniciativa Internacional para la Educación en Habilidades para la Vida en las Escuelas (Life Skills Education in Schools) (OMS, 1993; citado en Fundación EDEX, 2015); con el objetivo de promover la competencia psicosocial, es decir, “la capacidad de una persona para enfrentar con éxito las exigencias y desafíos de la vida diaria, y para mantener un estado de bienestar mental que es evidente mediante un comportamiento positivo y adaptable, en la interacción con las demás personas y con el entorno social y cultural” (OMS, 1993, Life Skills Education in Schools; citado en Bravo, 2005, pp. 25 - 29; OMS, 1993, pp. 44 - 45).

Al impartir los talleres de habilidades para la vida dentro de las escuelas se busca que el alumnado adquiera herramientas para reforzar su capacidad de transformación a sí mismos y, más ambiciosamente, al mundo. Se busca que adquieran tácticas de “empoderamiento” para moldear sus vidas; siendo responsables de su salud al tomar decisiones que eviten dañarlos física y emocionalmente, de esta forma se actúa en el

ámbito preventivo universal de problemas psicosociales y salud. Para lograr este objetivo es necesario usar un método interactivo de enseñanza, convirtiendo el aula de clases en un espacio libre y de confianza para los chicos, donde expresen sus vivencias y dudas, aprendiendo a través de juegos, historias de vida, debates, lluvia de ideas; específicamente se requiere la participación activa de los estudiantes.

3.2.2.2 Sexualidad Adolescente

Generalmente los adolescentes presentan un conflicto interno que los inquieta, por un lado el deseo físico (sexual) y por el otro las reglas sociales (cultura) que impiden que dicho deseo sea expresado abiertamente. El grado de educación sexual modificará el nivel de ansiedad del despertar sexual. Los cambios físicos de la pubertad ocasionan la potencialización de los instintos sexuales situando al adolescente en zona de riesgo; la falta de información puede ocasionar tanto problemas sociales como psicológicos, razón por la cual se hace necesario e importante la orientación sexual en la adolescencia.

La sexualidad es un proceso que forma parte del desarrollo humano, es un elemento esencial en la personalidad del individuo. La sexualidad adolescente es un suceso inevitable, se manifiesta a través de las relaciones con pares, padres, familiares y con la sociedad en general, marca significativamente la vida del adolescente y por lo mismo influye en los problemas de salud a lo largo de la vida (Zubarew, 2015).

Blanco (2013) define sexualidad como “el conjunto de condiciones fisiológicas y mentales que incluyen pensamientos, sentimientos y conductas que los hombres y mujeres desarrollan a lo largo de su existencia, siendo parte de todo lo que forma la personalidad y las características particulares de cada persona; comienza desde que nacemos y se manifiesta particularmente en las mujeres y hombres cuando se produce el desarrollo”. Katchadurian y Londe (1983) la definen como “las características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres y mujeres” (Katchadurian y Londe, 1983, p.14). Galimberti (2002) considera que sexualidad es un complejo de caracteres; los niveles físicos, funcionales, psíquicos y culturales son parte de las características que deben desarrollarse en

condiciones óptimas para preservar la especie. El área biológica se complementa con la parte psicológica y cultural para que el individuo lleve a cabo una conducta sexual.

La sexualidad es el eje central del ser humano presente en toda la vida; incluye identidad, papel y orientación sexual, erotismo, placer, sexo, intimidad y reproducción. Se vive y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, actitudes, creencias, valores, prácticas, comportamientos, y relaciones interpersonales. No todas las dimensiones se viven o se expresan siempre o al mismo tiempo. La interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, históricos, religiosos y espirituales son parte de la sexualidad (WHO, 2006, p. 5; Corona, 2003, p. 8; López, 2010, p. 23).

3.2.2.2.1 Sexo

En el ámbito de sexualidad y salud sexual, sexo es un término biológico que alude a las características fisiológicas y anatómicas que marcan la diferencia entre varón y hembra, no como personas. Integrado por: los órganos genitales (dimensión gonádica), diferencia cromosómica (dimensión genética) e influencia de hormonas dominantes (dimensión hormonal) (Oakley, 1977, p. 408; López, 2010, p. 23; Cazés, 1998; Troncoso, 1996).

La palabra sexo también se usa para referirse al “acto sexual” (WHO, 2006, p. 5). Al hablar de sexo psicológico se refiere a la percepción individual que tiene la persona de formar parte de un determinado sexo; el sexo social es la percepción de otras personas de la pertenencia del individuo a un determinado sexo.

3.2.2.2.2 Género

Es un término social y cultural que habla de la diferencia social y psicológica entre lo femenino y lo masculino (Corona, 2003, p.106), está delimitado por la época y el lugar (Oakley, 1977, p. 409; Córdova, 2012, pp. 8 - 9). Implica rasgos conductuales, culturales o psicológicos típicos relacionados con cada sexo, tales como la forma de vestir, la gesticulación, áreas laborales, vinculación social y la personalidad. Joan Scott lo define como “la organización social de la diferencia sexual”; basada en creencias, rasgos de

personalidad, actitudes, sentimientos, valores, comportamientos y actividades (Borderías, 2006, p. 249). A través del género los seres humanos establecen interacciones, categorizan y organizan objetos o entes. Histórica y transculturalmente hablando, e incluso en la época contemporánea, el género refleja y mantiene los vínculos de poder formados entre el hombre y la mujer (López, 2010, p. 24).

Benería (1987; citado en Blázquez, 2005) presenta la definición más clara y usada de género “conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características. En primer lugar es un proceso histórico que se desarrolla a distintos niveles tales como el Estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia y a través de las relaciones interpersonales. En segundo lugar, este proceso supone la jerarquización de estos rasgos y actividades de tal modo que a los que se definen como masculinos se les atribuye mayor valor” (p. 52).

La Psicología es pionera en diferenciar los conceptos de género y sexo. El género es una categoría que enlaza tres rubros elementales (Ramos, 2015):

- 1. Asignación, rotulación o atribución de género.** Etiqueta de niño o niña que se le otorga a un recién nacido en el instante en que se observan sus genitales.
- 2. Identidad de género.** “Convicción íntima y profunda que tiene cada persona acerca de su pertenencia al sexo femenino o masculino, independientemente de sus características cromosómicas o somáticas” (Cerruti, 1997; citado en Zubarew, 2015). Es el reconocimiento y aceptación, de cada individuo, por sí mismo como varón o mujer; depende de sus creencias, costumbres, hábitos, lenguaje (López, 2010, p. 24).
- 3. Rol o papel de género;** se configura con las normas sociales y culturales que establecen el comportamiento femenino y masculino como opuestos (Herranz, 2013, pp. 210-216; González, 1997, pp. 22-26). Rathus (2005) agrupó los principales estereotipos asignados a niñas y niños en treinta países del mundo (Anexo 24).

En resumen las diferencias claves entre sexo y género son:

- El sexo no puede cambiarse al 100%, a diferencia de los roles sociales que sí pueden hacerlo.

- El género es un constructo social; el sexo no, el sexo es una parte de la naturaleza.
- El género está asociado al comportamiento y a los roles que marca la sociedad para las personas en relación a su sexo; en contraste el sexo está relacionado con las características biológicas que diferencian a las hembras de los machos.

3.2.2.2.3 Identidad sexual

“La identidad sexual corresponde al rótulo que nosotros mismos nos ponemos de acuerdo a nuestra orientación sexual. Este rótulo viene generalmente después de la aparición de sentimientos internos poderosos y de por lo menos algún comportamiento sexual” (Pawlowy, 1992; citado en Zubarew, 2015). Comienza a formarse desde el nacimiento, se concreta al final de la adolescencia (Botella, 1998, p. 81), es el resultado de la unificación estructurada de los elementos de la sexualidad, tomando en cuenta la percepción de sí mismo ya sea como hombre o como mujer y la orientación sexual que se adopta (Corona, 2003, p. 21). La identidad sexual es la base de la identidad de género; junto con la identidad social y vocacional es un elemento fundamental de la identidad personal; permite al individuo desempeñar un papel socialmente hablando, con base a la percepción que tenga de sus capacidades sexuales.

3.2.2.2.4 Rol sexual

“Es la expresión de femineidad o de masculinidad que presenta una persona, de acuerdo con las normas de su grupo y sociedad” (Cerruti, 1997; citado en Zubarew, 2015). Hace referencia al comportamiento de la persona como hombre o mujer, se inculca desde el nacimiento en concordancia a si se es niño o niña, corresponde a lo que el individuo incorpora de lo que observa en la conducta de otros que portan la misma etiqueta que él. Las pautas del rol sexual, que está bien, que está mal, las marca el medio en el cual se desenvuelve cada individuo: familia, escuela, sociedad y medios de comunicación.

3.2.2.2.5 Orientación sexual

La OMS la define como “la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. Puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos” (OPS, WAS, 2000, p.8). Cuando la persona toma la decisión de escoger con quien desea relacionarse tanto afectiva como emocional y eróticamente, se habla de una preferencia de género. El término preferencia sexual, se usa para referirse al hecho de la elección de relación interpersonal sexual-erótica que más le agrada o prefiera practicar la persona (Pérez, 2007).

La orientación sexual es el sentimiento de atracción sexual y emocional hacia una persona, ya sea del mismo sexo o del sexo contrario; el sentimiento es espontáneo, se va fortaleciendo y se hace manifiesto al inicio de la adolescencia. La atracción afectiva y erótica, ya sea hacia un hombre o a una mujer, es el resultado de los cambios hormonales que causa la pubertad (Rathus, 2005, p. 232). Sin embargo, la orientación sexual no es definida únicamente por la conducta sexual; hay cuatro condiciones que se deben tomar en cuenta para considerar a un adolescente como homosexual (Rubio, 2010, pp. 69-70):

1. Sentir amor de pareja o enamoramiento hacia una persona de su propio género.
2. Sentir atracción sexual o erótica / deseo erótico de besar, tocar, etc. hacia la persona de su propio género.
3. Incluir pensamientos y/o fantasías en las que cuando menos en parte, están presentes personas de su propio género.
4. Se declare a sí mismo como una persona homosexual.

Con lo anterior se puede afirmar que:

- El hecho de tener una fantasía sexual donde se involucran ambos sexos o el mismo sexo, no indica que se tenga una orientación sexual definida; esto es, cualquier persona puede presentar este tipo de fantasía.
- La exploración sexual con pares del mismo sexo (actos de tocamientos, besos o caricias) no se considera “homosexualidad transitoria” sino conductas sexuales aisladas, no hay un vínculo afectivo, sino incertidumbre en cuanto a la orientación sexual o curiosidad de experimentar sensaciones sexuales.

En los 90's se popularizó el término LGBT como rubro de la comunidad que se reconoce como lesbiana, gay, bisexual o transgénero e incluso las personas que tienen duda de su identidad de género. Este acrónimo se puede encontrar con letras adicionales LGBTQIA: "I" se refiere a intersexo (hermafroditismo), "Q" hace referencia a "queer" (raro en inglés) o a "questioning" y "A" para los aliados, no son LGBT pero simpatizan con la comunidad (Pattatucci, 2011, p. 18; Nazario-Serrano, 2014, p. 5).

3.2.2.2.6 Vínculo afectivo

El vínculo afectivo es la relación amistosa, recíproca, correlacional, activa y estrecha que se forma entre dos personas. En términos psicológicos los vínculos afectivos son sinónimo de apego; permite formar redes de apoyo, ya sea con la familia, familiares y pares; este tipo de relaciones proporciona un sentimiento de seguridad y confianza. El amor simboliza un tipo especialmente deseable de vínculo afectivo, no todas las maneras de reflejar amor son manifestaciones filiales, también está la expresión erótica. Uno de los cambios que experimenta el adolescente es precisamente la atracción física o sexual hacia otra persona, amor eros; el cual se manifiesta en cinco etapas:

1. **Atracción.** "Atracción física es el conjunto de sensaciones vinculadas con el deseo sexual, la pasión y el gusto por la apariencia física" (Díaz, 2009, p. 219).
2. **Enamoramiento.** Es un sentimiento muy fuerte e incontrolable de atracción hacia otra persona, de ansiedad o malestar cuando se está lejos de ella, se incrementan las cualidades de la otra persona "todo es miel sobre hojuelas". Es común al inicio de una relación amorosa, dura días e incluso años. Igual que la etapa de atracción, es inconsciente e inexplicable, "se navega entre nubes". Se va desarrollando con el trato constante, en los adolescentes puede ser de forma inmediata o fugaz. Entre más se idealice a la persona mayor será el enamoramiento; pero también, más fuerte será la desilusión (Rubio, 2010, p. 65; López, 2010, pp. 31-32).
3. **Desilusión.** El trato y la convivencia constante van cambiando la ilusión por realidad, es cuando se produce la desilusión. Esta etapa puede durar días o, incluso años. El daño emocional causado por la desilusión dependerá de las expectativas que se tengan de la persona; puede ir desde nulo hasta grave y complicado de manejar (Rubio, 2010, p. 65). Cuando se llega a esta etapa la

persona enamorada decide si continúa la relación o la termina.

4. **Aceptación.** Al poner “los pies sobre la tierra”, si la persona decide continuar la relación a pesar de que la pareja no cumple las expectativas deseadas inicialmente, se pasa a la etapa de aceptación. Es una etapa de conocimiento y adaptación mutua. Se toman acuerdos y se mantiene una comunicación de pareja.
5. **Amor maduro.** El amor es un sentimiento intenso, de necesidad y pertenencia hacia otra persona. La pareja tiene un conocimiento real, sino al cien por ciento por lo menos es mayor que en el enamoramiento. Los sentimientos son recíprocos, hay aceptación del uno al otro, se llegan a acuerdos de convivencia.

Los principios y valores fomentados en el adolescente le permitirán tomar decisiones que le beneficien o perjudiquen al elegir las personas que integren su grupo afectivo de referencia: amistades y pareja sentimental; de igual forma tendrá que decidir las actividades e intereses que desea compartir con su núcleo afectivo (Eresta, 2013, p. 6).

3.2.2.2.7 Erotismo.

Es la capacidad de experimentar excitación y satisfacción intrínseca causada por los fenómenos físicos relacionados con el placer sexual: deseo sexual, excitación sexual y orgasmo (Galimberti, 2002, p. 416). Al igual que la creatividad, la imaginación y la fantasía, el erotismo marca la diferencia entre la sexualidad humana y la sexualidad animal. Socialmente hablando, el varón mantiene ideas de superioridad que lo condicionan, y a la vez, condiciona a la mujer en su rol sexual en el momento del intercambio sexual (Guinot, 2012; López, 2010, pp. 29-31).

El erotismo se vincula con la maduración emocional de las estructuras mentales que van dando forma a la identidad del individuo; de tal forma que es parte constitutiva, importante, para el desarrollo de la autoimagen del adolescente, permitiéndole conocerse, valorarse y apreciar su propio cuerpo; pasando entonces, a un autoerotismo o masturbación (Pérez, 2007). Desafortunadamente las manifestaciones del erotismo no siempre son agradables, hay demostraciones eróticas que se tornan violentas y dañan el desarrollo emocional del adolescente (Rubio, 2010, pp. 99-111).

La salud sexual es el continuo de sensaciones de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionadas con la sexualidad. Comprende la expresión libre y responsable de las capacidades sexuales del individuo, para obtener un confort individual y social. No se refiere a la ausencia de alguna enfermedad sexual. Los procesos de desarrollo y de socialización están ligados, algunas ideas adquieren carácter inmutable, es entonces, cuando las ideas se transforman en estereotipos. Los estereotipos pueden ser favorables o desfavorables para la sexualidad humana; aquellos que no son convenientes pueden llevar a prácticas sexuales riesgosas. La importancia de la desmitificación sexual, abre la puerta hacia una práctica sexual sana en la adolescencia (Pérez, 2012, p. 50).

3.2.2.2.8 Factores de riesgo y de protección

Las conductas de riesgo son actividades que realiza el adolescente de forma reiterada, que trascienden los límites establecidos, con tendencia a desvincular y complicar el desarrollo psicosocial normal. Los chicos con historiales de problemas de conducta son quienes tienen mayor probabilidad de exponerse a conductas que no realizarían sus pares. Sin embargo, los adolescentes con escasa o nula experiencia en ambientes adversos pueden adoptar conductas disruptivas al desconocer las consecuencias adversas para su salud, proyecto de vida y satisfacción personal a corto y largo plazo; normalmente, procuran refutar el convencionalismo social y la autoridad paterna, buscan independencia, liderazgo o al menos tener presencia entre los amigos. Las conductas de riesgo más comunes son: primeras relaciones amorosas y sexuales, conducta sexual imprudente, uso y abuso de alcohol, tabaco y drogas (Lara, 2015, pp. 22-25).

Cualquier exposición, condición o característica asociada a una alta probabilidad de daño físico o emocional es un factor de riesgo; en contraste, las condiciones que aumentan la resistencia a los factores de riesgo se consideran factores de protección. Los factores individuales de protección son las características de salud mental positivas: autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, manejo del estrés, sentimientos de control, destrezas sociales y de resolución de problemas. Tanto los factores de riesgo como los de protección son de tipo: individual, familiar, social, económico y ambiental. El efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la carencia de factores de

protección y la interacción de situaciones de riesgo predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una de mayor vulnerabilidad. Las Figuras 3.6 y 3.7 muestran esquemáticamente la influencia de los factores de riesgo y de protección para conductas riesgosas en la adolescencia, respectivamente (Lara, 2015, pp. 23-25; Molina, 2015; Florenzano, 2015).



Figura 3.6 Factores de riesgo para conductas de riesgo en la adolescencia. Fuente: Florenzano, 2015.

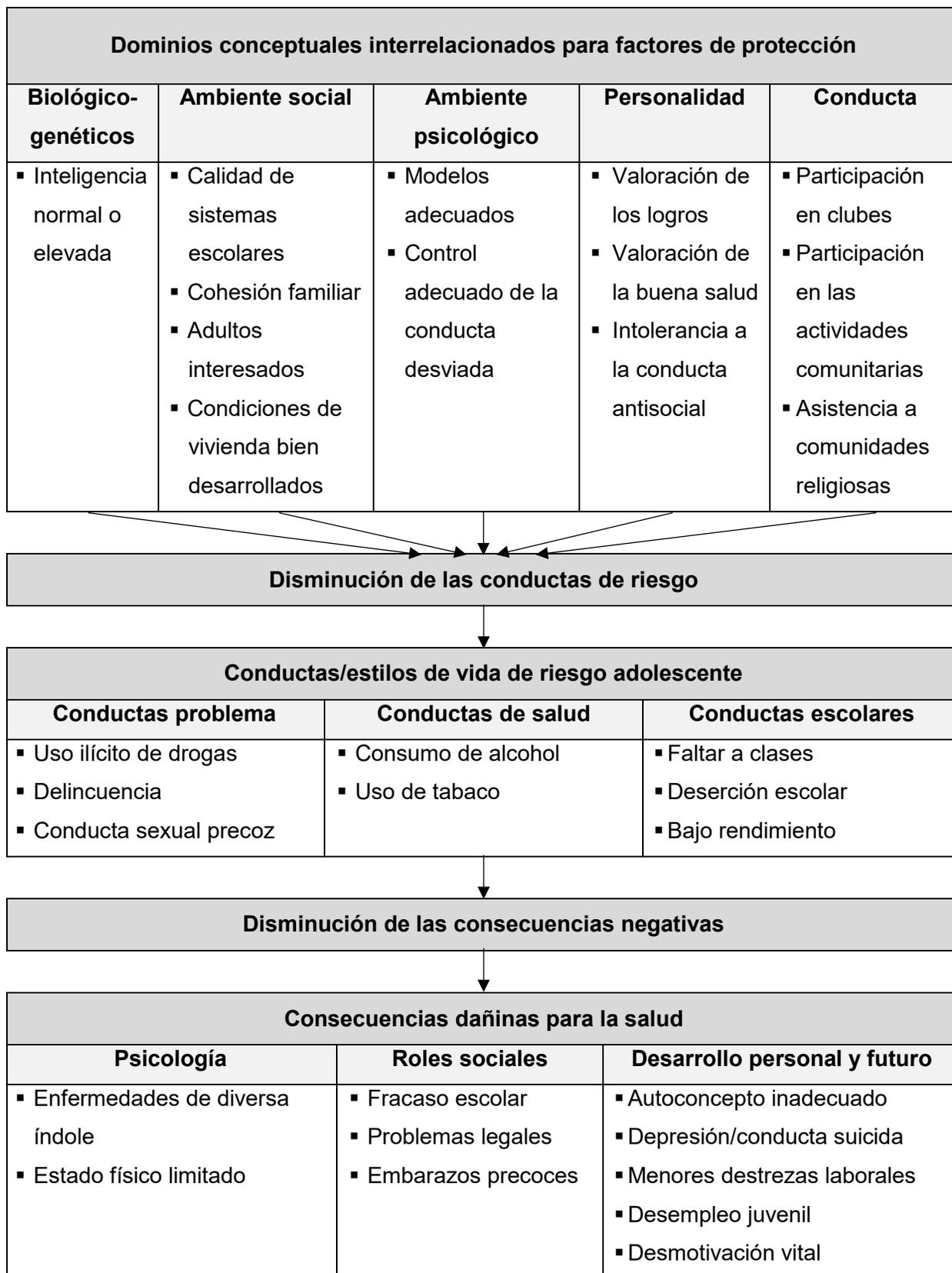


Figura 3.7 Factores de protección para conductas de riesgo en la adolescencia. Fuente: Florenzano, 2015.

3.2.2.3 Infecciones de Transmisión Sexual, ITS

En términos de salud sexual se considera conducta de riesgo a la práctica sexual sin protección, con alta probabilidad de contagio de infecciones de transmisión sexual y del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana). Conducta de riesgo es la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daño a su salud o a la salud de otra persona, a través de la posibilidad de contaminación vía sexual (Gonçalves, 2007).

Las infecciones pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos o parásitos que afectan principalmente los órganos reproductores. Las principales formas de propagación son a través del contacto sexual ya sea vaginal, anal u oral; e incluso cutáneo; también pueden difundirse por vías no sexuales como transfusiones sanguíneas, trasplantes de tejido o de la madre al hijo durante el embarazo y el parto, en este último caso se encuentran: clamidiasis, gonorrea, hepatitis B, VIH, VPH (virus del papiloma humano), HSV2 (herpes genital tipo 2) y sífilis. Las enfermedades son sintomáticas; sin embargo, algunas infecciones son asintomáticas, por lo que en 1988 la OMS optó por generalizar y sustituir el término de “Enfermedades de Transmisión Sexual, ETS” por “Infecciones de Transmisión Sexual, ITS” (OMS, 2016; Rubio, 2010). Se han identificado más de treinta agentes patógenos que se transmiten por contacto sexual, siendo ocho los de mayor incidencia infecciosa: sífilis, gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis, hepatitis B, herpes, VIH y VPH; pero, sólo las primeras cuatro son curables (OMS, 2008). El cuadro 3.4 contiene las principales características de las infecciones de transmisión sexual más comunes (OMS, 2008; PROSALUD, 2016; Rubio, 2010).

Cuadro 3.4

Principales características de las infecciones de transmisión sexual más comunes.

Agente ITS	Cura	Periodo de incubación	Forma de contagio	Síntomas
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, VPH				
Virus	No	Semanas, meses	Más de 100 tipos (30 se asocian con cáncer). Contacto genital coital o no.	Asintomático. Verrugas planas o elevadas, o masas suaves y húmedas, rosadas o color de la piel. Únicas o múltiples, pequeñas o grandes, forma de coliflor

Fuente: OMS, 2008; PROSALUD, 2016; Rubio, 2010.

Agente ITS	Cura	Periodo de incubación	Forma de contagio	Síntomas
HERPES				
Virus	No	Años, días, semanas o meses.	Contacto de piel, genital.	Ampollas pequeñas, dolorosas, llenas de líquido claro o color paja. Asintomático o dolor al orinar, flujo en mujeres.
MOLUSCOS				
Virus	No	6 meses	Contaminados con toallas, juguetes genital u objetos.	Pápula pequeña e indolora que puede crecer hasta convertirse en un nódulo de color carne y apariencia de perla.
CANDIDIASIS				
Hongo	Si		Al tomar antibióticos, obesidad, embarazo, diabetes.	Flujo vaginal anormal (blanco y abundante). Ardor y prurito en labios y vagina. Relaciones sexuales dolorosas. Micción dolorosa. Inflamación de la piel justo por fuera de la vagina (vulva), enrojecimiento. Hombres, presentan purito y erupción en el pene después de contacto sexual con alguien infectada, no todos.
PARÁSITOS (PEDICULOSIS)				
Piojos (ladillas)	Si		Pareja infectada. Ropa, toallas, sábanas infectadas.	Prurito, picor intenso de predominio nocturno. En ocasiones el prurito es tan intenso que hacen que el paciente se rasque con tanta fuerza que se produzca escoriaciones en el escroto, con riesgo de infección en las heridas y pioderma.
CHANCRO				
Bacterias	Si	2 a 14 días	Contacto sexual anal, vaginal u oral.	Úlcera inflamada con bordes irregulares sobre los genitales y dolorosa; de 3 mm a 5 cm. Pueden sangrar fácilmente si se golpean o rascan.
CLAMIDIA				
Bacterias	Si	2 a 21 días	Contacto sexual anal, vaginal u oral.	Secreción anormal, sensación de ardor al orinar. Recto: dolor, secreciones o sangrado. En hombres dolor o inflamación de uno o ambos testículos.

Fuente: OMS, 2008; PROSALUD, 2016; Rubio, 2010.

Agente ITS	Cura	Periodo de incubación	Forma de contagio	Síntomas
TRICOMONIASIS				
Protozooario	Si	Vagina con pH 5.5 Inmediato.	Contacto sexual	Asintomática o irritación leve e inflamación grave de 5 a 28 días después del contagio, pueden presentarse mucho más tarde o aparecer y desaparecer. Ardor al orinar, secreción blanca, transparente, amarillenta o verdosa.
SÍFILIS				
Bacterias	Si	2 días a años	Contacto directo con una llaga de sífilis durante las relaciones sexuales anales, vaginales u orales.	Asintomática o parecida a los síntomas de otras enfermedades. La llaga que aparece por primera vez justo después de infectarse no produce dolor y puede confundirse con un pelo encarnado, una cortadura con un cierre u otro golpe que no parece dañino. El sarpullido que aparece en el cuerpo durante la segunda fase, y que no produce picazón se puede producir en las palmas de las manos y las plantas de los pies, por todo el cuerpo o solo en algunas partes.
VIH y SIDA				
Virus	No	Al contacto. Síntomas de 2 a 10 años. El síndrome retroviral agudo tarda de 2 a 4 semanas.	Contacto sexual anal, vaginal u oral. Compartir agujas o jeringas con personas infectadas. Transfusión sanguínea.	Asintomática o síntomas de gripe por varias semanas: Fiebre, dolor de cabeza, fatiga, ganglios linfáticos hinchados (nódulos linfáticos), dolor de garganta, sarpullido, diarrea, fiebre, tos, falta de aire y pérdida de peso involuntaria. A medida que la enfermedad avanza, podrían aparecer y/o empeorar los síntomas. Pueden aparecer hasta pasados 10 años, como máximo).
HEPATITIS B				
Virus	No	45 a 180 días con periodo promedio de 60 a 90 días	Contacto con sangre o fluidos corporales	Asintomática o malestar durante un período de días o semanas. Los síntomas pueden aparecer hasta después de 6 meses: inapetencia, fatiga, febrícula, dolores musculares y articulares, náuseas y vómito, piel amarilla y orina turbia.

Fuente: OMS, 2008; PROSALUD, 2016; Rubio, 2010.

Agente ITS	Cura	Periodo de incubación	Forma de contagio	Síntomas
GONORREA				
Bacteria	Si	2 a 7 días	Contacto sexual anal, vaginal u oral.	Asintomática. Sensación de ardor al orinar. En hombres secreción blanca, amarilla o verde, dolor o inflamación en testículos. En mujeres aumento de la secreción vaginal, sangrado entre periodos. Anal: picazón, secreciones, dolores, sangrado y dolor al defecar.

Fuente: OMS, 2008; PROSALUD, 2016; Rubio, 2010.

Quienes tienen mayor probabilidad de contraer infecciones de transmisión sexual o de embarazos adolescentes son quienes inician prematuramente la actividad sexual, la realizan con múltiples parejas, sin protección o tienen información errónea relacionada con su sexualidad y la actividad sexual (Papalia, 2012, pp. 397-398). Las infecciones de transmisión sexual son causantes de enfermedades agudas, esterilidad tanto en hombres como en mujeres, incapacidad y muerte; muerte fetal y malformaciones congénitas; favorecen el contagio de VIH/SIDA cuando hay lesiones.

Los registros de casos acumulados de VIH y SIDA según vía de transmisión muestran que el 95.1% es por vía sexual, 2.0% por vía perinatal y 2.9% por vía sanguínea (CENSIDA, 2016). Los estados con mayor incidencia de casos notificados de SIDA son el Distrito Federal, Estado de México y Veracruz, tanto para hombres como para mujeres. En los Anexos 25, 26 y 27 se muestran los registros de las notificaciones de SIDA según estado de residencia y sexo de 1983 a 2015; los casos de SIDA notificados de 1983 a 2015 en jóvenes de 15 a 24 años según año de diagnóstico y sexo; el registro de casos notificados de 1986 a 2015 que continúan como seropositivos a VIH en jóvenes de 15 a 24 años, según año de diagnóstico y sexo, en México respectivamente (SUIVE/DGE/SS, 2016).

El Boletín Epidemiológico de la semana 02 de enero de 2016 informa que la vulvovaginitis inespecífica fue la infección de mayor incidencia con 7, 274 casos de los cuales 959 se registraron en el Estado de México y 499 en Puebla; en segundo lugar de casos reportados está candidiasis urogenital con 2,566 de los cuales 213 corresponden a mujeres del Estado de Puebla; este Estado también reporta el mayor número de casos

de tricomoniasis urogenital, 767 casos de los cuales 121 son mujeres. Los cuadros de incidencia se muestran en el Anexo 28 (DGE, 2016).

3.2.2.4 Embarazo adolescente

El inicio precoz de la práctica sexual sin protección puede traer como resultado un embarazo no deseado. Según datos de la ENADID 2014, 6 de cada 10 adolescentes no utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual a pesar de tener conocimiento de ellos (Anexos 29 y 30).

Existen razones médicas para evitar el embarazo adolescente, entre las principales está la inmadurez en el desarrollo óseo, niveles de masa mineral bajos, relativa inmadurez en el canal del parto; complicaciones como anemia, infecciones bacterianas graves, parto prematuro, parto obstruido y prolongado, desproporción céfalo-pélvica, muerte fetal y formación de fístulas vaginales (Rubio, 2010). Ser madre o padre adolescente conlleva a una serie de responsabilidades por las cuales el adolescente pierde vivencias y conocimientos propios de esta etapa; pero también, su inmadurez puede ocasionar efectos negativos graves en el desarrollo de sus hijos. La Figura 3.8 esquematiza los factores psicosociales del embarazo adolescente (Embarazo adolescente, 2015, p. 15).



Figura 3.8 Factores que afectan el embarazo de jóvenes. Fuente: Embarazo Adolescente y Madres Jóvenes en México. Una visión desde el Promajoven (SECURED) 2015.

Las mujeres de 15 a 19 años representan el grupo quinquenal más grande entre las mujeres fértiles, según estimación del Consejo Nacional de Población (CONAPO); por otro lado la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reporta que la población de 12 a 19 años que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012; también en este año se registraron 10, 880 nacimientos de mujeres menores de 15 años, y 456,000 en mujeres de 16 a 20 años de edad. Estos números colocan a México en el primer lugar de embarazos adolescentes entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Juárez, 2015).

3.2.2.5 Métodos anticonceptivos

Frecuentemente la mujer es la que absorbe los problemas relacionados con la concepción: uso de métodos anticonceptivos, alto riesgo de infecciones genitales (especialmente infecciones de transmisión sexual), complicaciones del embarazo y parto, aborto en condiciones de riesgo, morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el producto. Por lo que es de primordial importancia que el embarazo no sea consecuencia de la falta de información y conocimiento de los riesgos que conlleva cuando no es planeado.

El embarazo va de la mano con la sexualidad. Los adolescentes desean disfrutar su sexualidad pero no quieren adquirir la responsabilidad que implica tener hijos; los talleres de sexualidad adolescente ofrecen la información básica para una práctica sexual responsable. Si no se desea un embarazo la solución es usar algún método anticonceptivo, estos también permiten vivir la sexualidad “libre y satisfactoria”. Sin embargo, no existe un método anticonceptivo ideal; lo que le funciona a uno puede no ser útil para otro, se recomienda pedir asistencia médica para elegir el método apropiado para cada individuo.

Los métodos anticonceptivos se clasifican como:

- De barrera. Funciona como una barrera que evita que los espermatozoides lleguen al ovulo.
 - Química:

- Espermaticidas (desactivan los espermatozoides)
 - Física
 - Preservativo masculino
 - Preservativo femenino
 - Diafragma
 - Esponja
 - Capuchón cervical
- Irreversibles. Método definitivo, se recomienda para personas mayores de 35 años, que ya han tenido descendencia (www.deustosalud.com, 2017)
 - Ligadura de trompas. Sellado de las trompas de Falopio mediante intervención quirúrgica; puede ser temporal si se usa un “clip” quirúrgico.
 - Esterilización tubárica. Implementación vía vaginal de un dispositivo que bloquea las trompas, con el tiempo los tejidos se cierran permanentemente.
 - Vasectomía. Se cortan los conductos seminales que transportan los espermatozoides desde los testículos hacia el exterior, puede ser temporal al usar “Clips” quirúrgicos.
- Hormonales. Hormonas femeninas, previenen ovulación (Women’s health, 2017).
 - Píldora combinada. Combinación de estrógeno y progestina (versión sintética de la progesterona).
 - Minipíldora. Sólo contiene progestina.
 - Anillo vaginal. Suelta una dosis baja de estrógeno y progestina (más baja que las píldoras y el parche)
 - Implantes. Se coloca debajo de la piel, liberación prolongada de pequeñas dosis de progestina.
 - Inyectables. Contienen progestina.
 - Parche transdérmico. Contiene estrógeno y progesterona.
- Dispositivo intrauterino, DIU
- No fiables:
 - Esponja
 - Espermicida o espermaticida
 - Método de Ogino-Knaus o método de calendario. Consiste en identificar los días fértiles e infértiles de la mujer.
 - Método Billings, del moco cervical o de la ovulación. Se basa en la

observación de la densidad y color de la mucosidad cervical antes, durante y después de la ovulación para detectar los días fértiles de la mujer.

- Método temperatura basal. Detección de cambios de temperatura corporal por efecto de la liberación de progesterona.
- Método combinado o sintotérmico. Consiste en observar las variaciones de temperatura corporal, de densidad del moco cervical y dolores ovulatorios.

La Figura 3.9 muestra las zonas donde actúan los métodos anticonceptivos.

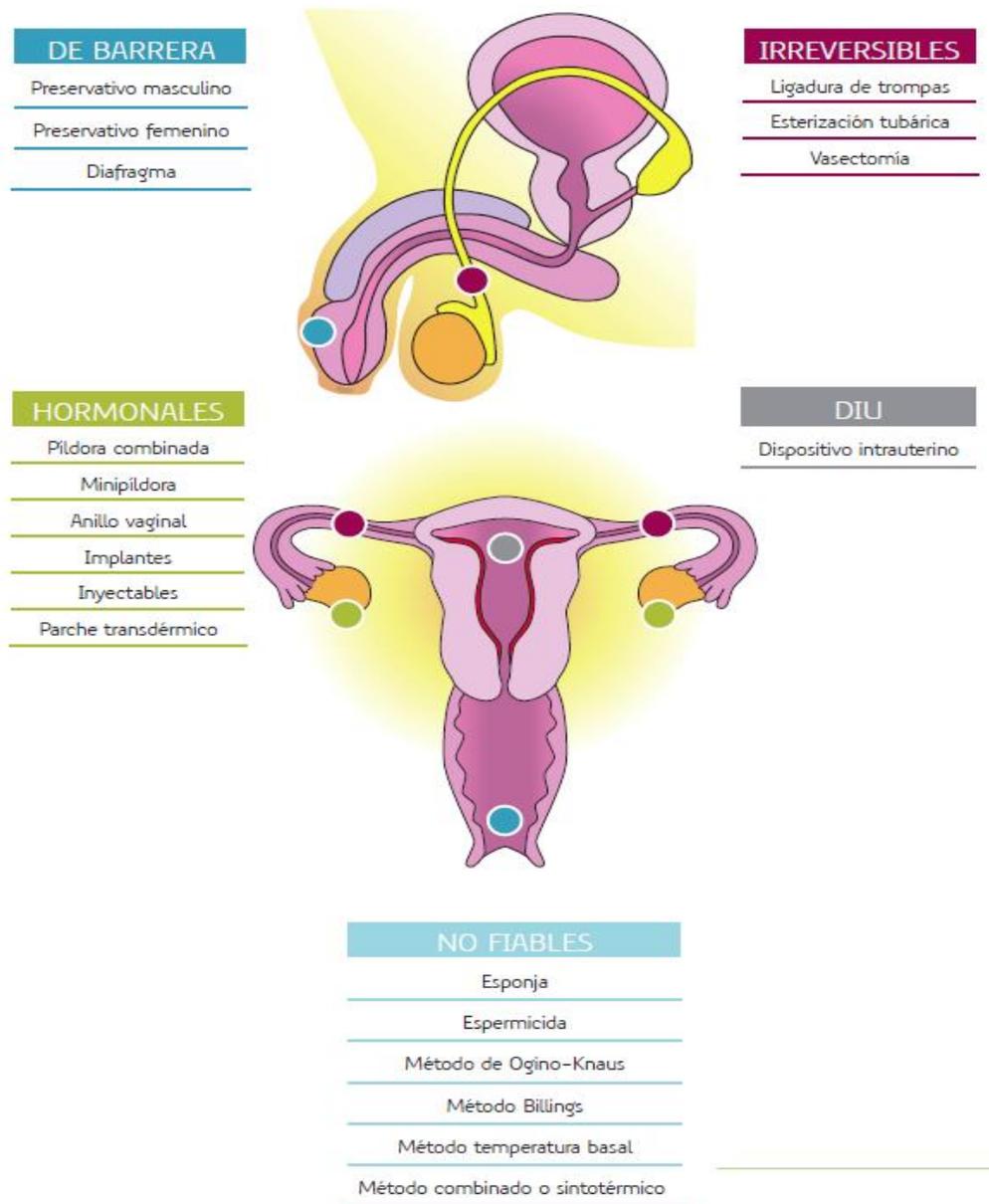


Figura 3.9 Clasificación de métodos anticonceptivos. Zonas donde actúan dichos métodos anticonceptivos. Fuente: SaludJoven_Guia_Anticonceptivos.pdf. Dirección General de Salud Pública. Junta de Comunidades de Castilla – La Mancha. España, 2015.

En la Figura 3.10 se resume la eficacia de los diferentes métodos anticonceptivos.

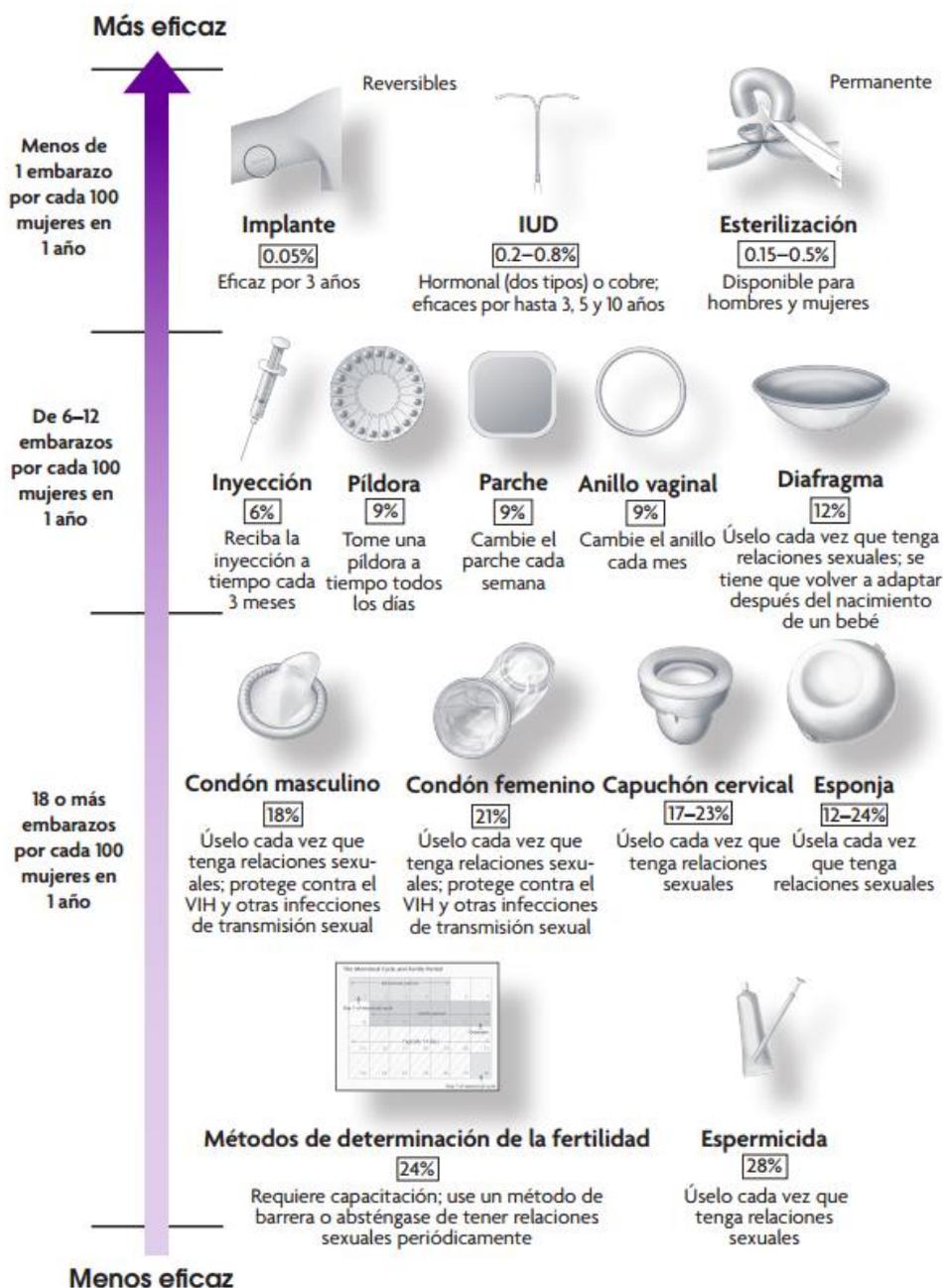


Figura 3.10. Folleto educativo para pacientes. Tomado de Patient education. Adaptado del U.S. Department of Health and Human Services/Center for Disease Control and Prevention; World Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP). Knowledge for health project. Family planning: a global handbook for providers (2011 update). Baltimore, MD; Geneva, Switzerland: CCP and WHO; 2011; y Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011; 83:397-404. Washington, D.C. <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Metodos-anticonceptivos-de-barrera>

El Anexo 31 reporta el porcentaje de adolescentes sexualmente activos por sexo, edad y uso de método anticonceptivo en la primera y última relación sexual, en el Anexo 32 se describen los diferentes métodos anticonceptivos, función, eficacia y observaciones pertinentes (Planificación familiar, 2015).

3.2.3 Adicciones

La OMS define adicción a las drogas o al alcohol como “el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio” (WHO, Glosario de términos).

La adicción se ha considerado como una enfermedad con entidad propia, un trastorno debilitante asentado en los efectos farmacológicos de la sustancia, de un continuo imparable. En la década de los años 60 la OMS recomendó que dejaran de usarse los términos adicción y habituación a favor del de dependencia incluyendo varios grados de severidad. Por lo general, hay una tolerancia acusada y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona (WHO, Glosario de términos).

3.2.3.1 Tipos de drogas

El término droga tiene diferentes usos; en medicina se refiere a “toda sustancia química capaz de afectar las funciones tanto fisiológicas como psíquicas (conducta), de los seres vivos. En psiquiatría se usa para designar aquellas sustancias psicoactivas capaces de conducir al sujeto que las consume a un cierto grado de adicción” (Babylon, 2015, p. 10). Becoña (1995; citado en Pérez del Río, 2011, p. 28) define el término como “toda

sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste”. En el lenguaje coloquial, hace alusión concretamente a las sustancias psicoactivas y, por lo general a las drogas ilegales. Los efectos de las drogas pueden ser narcóticos, estimulantes, deprimentes o alucinógenos; además, su uso continuo conlleva a la tolerancia, seguida de la habituación y por último a la adicción. En el Cuadro 3.5 se muestra la relación entre el nivel de consumo y el nivel de intervención (WHO, Glosario de términos; Pérez del Río, 2011, p. 28).

Cuadro 3.5

Relación entre el nivel de consumo de una sustancia psicoactiva y el nivel de intervención (WHO, Glosario de términos; Pérez del Río, 2011, pp. 28-43).

Nivel de consumo	Nivel de intervención
Abstinencia	Prevención universal
Uso experimental. Uso mínimo de la sustancia (dosis moderadas), asociado con actividades recreativas, limitado al consumo de tabaco, alcohol o una sola droga.	Prevención universal
Hábito. Es un consumo de mayor constancia en comparación al uso; se presenta el deseo de consumo pero no se hace esencial. No hay trastornos físicos o psicológicos importantes al consumir la sustancia, no se busca incrementar la dosis. El organismo se adapta a la sustancia	Prevención universal
Abuso temprano. Puede involucrar el consumo de más de una droga, mayor frecuencia y la aparición de consecuencias negativas a nivel social, biológico y psicológico. Comienza la evitación social.	Prevención selectiva
Abuso. Uso frecuente y regular de una droga en un periodo de tiempo extenso, acompañado de un mayor número de problemas. Es el paso intermedio a la dependencia. Conlleva a la tolerancia y abstinencia.	Prevención inadecuada
Dependencia (Adicción). Uso regular y continuo de drogas, presencia de tolerancia a los efectos de las drogas y búsqueda obsesiva de actividades relacionadas con el consumo.	Tratamiento
Recuperación. Es el riesgo a la abstinencia; algunas personas pueden tener recaídas e iniciar nuevamente el proceso de cambio.	Mantenimiento

En México se cataloga como droga a:

- a. Alcohol
- b. Tabaco

- c. Marihuana
- d. Estimulantes tipo anfetamínico
- e. Cocaína
- f. Drogas de diseño
- g. Inhalables
- h. Opiáceos
- i. Salvia
- j. Drogas de prescripción médica

La forma de consumo y efecto de las drogas más comunes se resumen en el Anexo 33; pero, Alexander Shulgin desarrolló los procesos para sintetizar 234 drogas psicoactivas.

La distribución de la población según la droga de inicio e impacto se resume en la Tabla 3.1, dicha distribución se observa gráficamente en las Figuras 3.11, 3.12 y 3.13.

Tabla 3.1

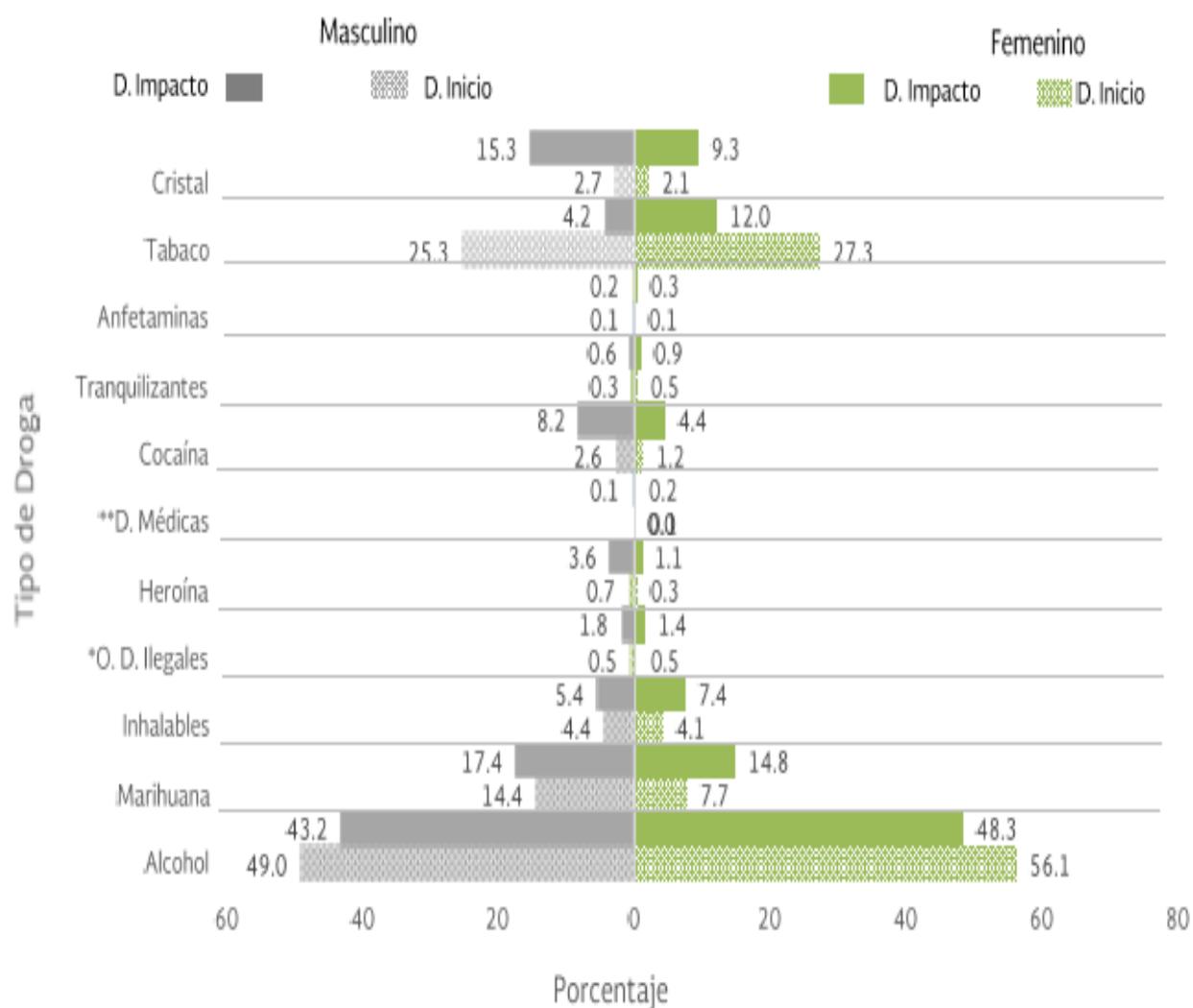
Distribución de la población según droga de inicio e impacto. Fuente: Secretaría de Salud/DGAE/DIE/SISVEA/ Centros de Tratamiento y Rehabilitación no Gubernamentales 1994-2014. Consultada el 27/1/2016.

No.	DROGA DE INICIO			DROGA DE IMPACTO		
	Sustancia	n	%	n	%	Sustancia
1	Alcohol	335409	41.1	262172	32.1	Alcohol
2	Tabaco	175448	21.5	128397	15.7	Cocaína
3	Marihuana	161448	19.8	116557	14.3	Cristal
4	Inhalables	59054	7.2	99759	12.2	Marihuana
5	Cocaína	36406	4.5	89531	11.0	Heroína
6	Cristal	21608	2.6	57443	7.0	Inhalables
7	Heroína	12731	1.6	27888	3.4	Tabaco
8	Tranquilizantes	6334	0.8	12226	1.5	O drogas ilegales
9	O drogas ilegales*	4235	0.5	10265	1.3	Tranquilizantes
10	Se ignora	1759	0.2	8169	1.0	Se ignora
11	O drogas médicas**	1105	0.1	2166	0.3	O drogas médicas
12	Anfetaminas	1095	0.1	2059	0.3	Anfetaminas

* Otras drogas ilegales: alucinógenos y otros psicotrópicos

** O drogas médicas: morfina, derivados barbitúricos, anticolinérgicos y antidepresivos

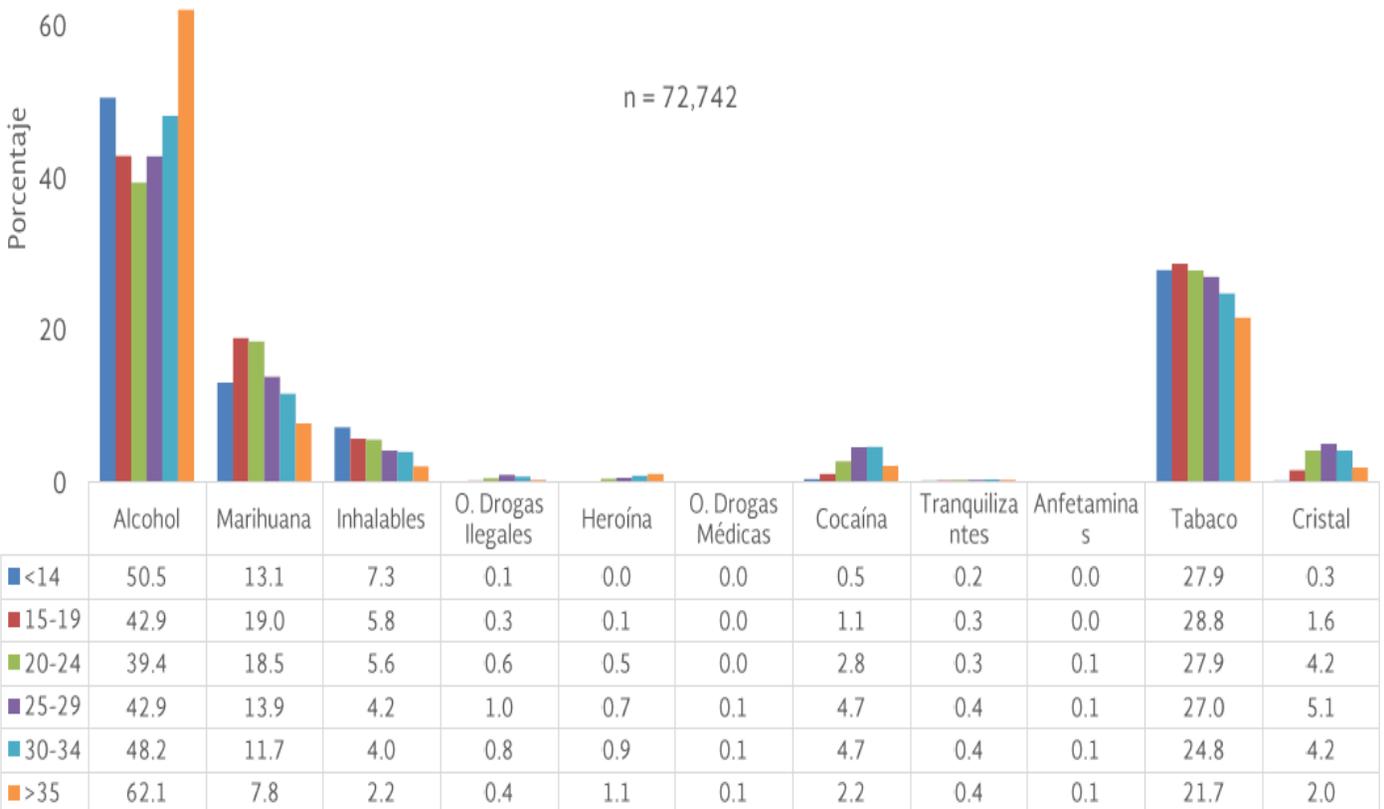
En los resultados estadísticos de la información epidemiológica se utilizan los términos droga de inicio al referirse a la “primera sustancia legal o ilegal que se consumió”, y droga de impacto cuando se trata de la “sustancia que el individuo identifica con mayor capacidad para producir efectos negativos (problemas), ya sea en el área de la salud, familiar, legal o laboral y que es motivo principal de la demanda de servicio en estas instituciones de rehabilitación” (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, SISVEA, 2014).



* Otras drogas ilegales: Alucinógenos y otros psicotrópicos.

** Otras drogas médicas: Morfina y derivados., barbitúricos, anticolinérgicos y antidepresivos.

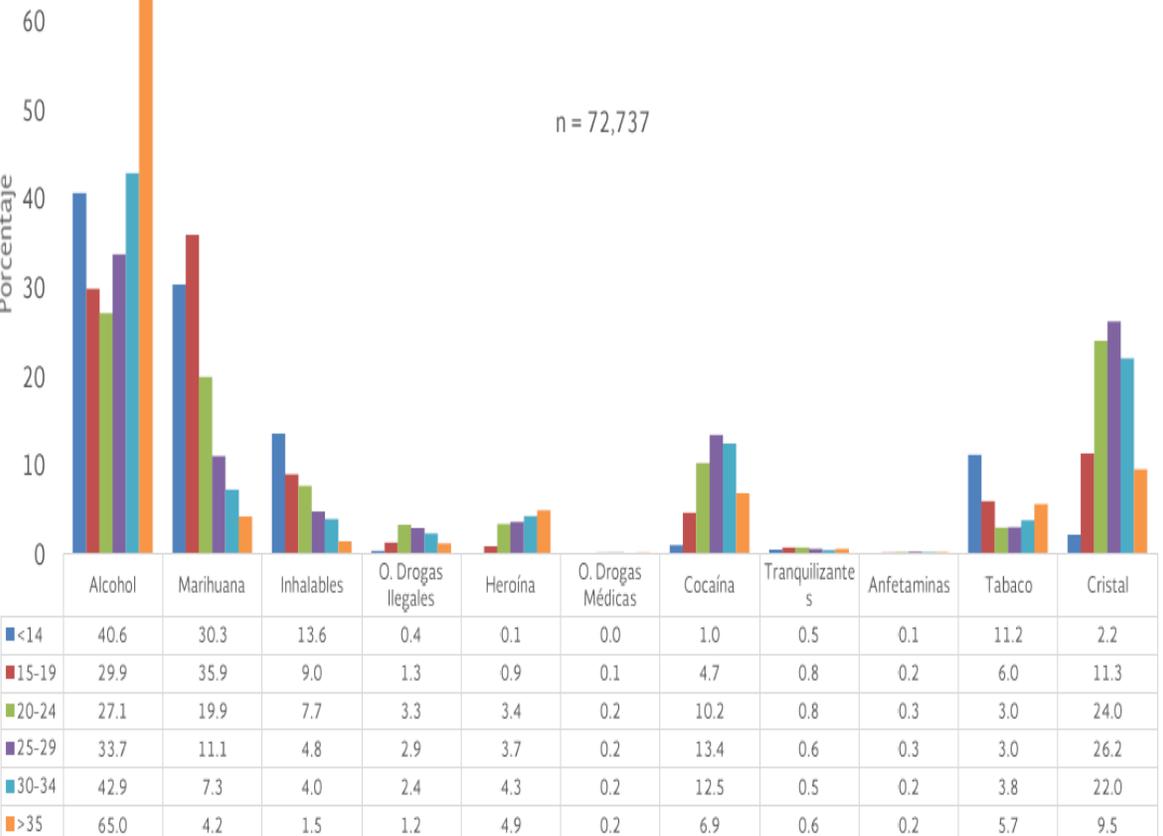
Figura 3.11. Distribución de la población según droga de inicio e impacto por sexo. Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales. México, 2014. Fuente: Secretaría de Salud /DGE/DGAE/SISVEA/Centro de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales 2014.



* Otras drogas ilegales: Alucinógenos y otros psicotrópicos.

** Otras drogas médicas: Morfina y derivados, barbitúricos, anticolinérgicos y antidepresivos.

Figura 3.12. Distribución de la población por grupo de edad y droga de inicio. Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales. México 2014. Fuente: Secretaría de Salud/DGE/DGAE/SISVEA/Centro de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales 2014.



* Otras drogas ilegales: Alucinógenos y otros psicotrópicos.

** Otras drogas médicas: Morfina y derivados., barbitúricos, anticolinérgicos y antidepresivos.

Figura 3.13. Distribución de la población por grupo de edad y droga de impacto. Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales. México 2014. Fuente: Secretaría de Salud/ DGE/DGAE/SISVEA/Centro de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales 2014.

La droga de inicio e impacto con mayor porcentaje registrado tanto para hombres (49.0% y 43.2% respectivamente) como para mujeres (56.1% y 48.3% respectivamente) es el alcohol; el tabaco ocupa el segundo lugar como droga de inicio con un porcentaje de consumo mayor en las mujeres con 27.3% en comparación con los hombres (25.3%). La marihuana se posiona en el tercer lugar como droga de inicio tanto en hombres

(14.4%) como en mujeres (7.7%), y en segundo puesto como droga de impacto para hombres con 17.4% y para mujeres con 14.8 %. A diferencia de las mujeres que posicionan al tabaco como droga de impacto en el tercer lugar con un 12.0 %, los hombres colocan en este sitio al cristal con un 15.3% (SISVEA, 2014).

En cuanto a la distribución de la población por grupo de edad y droga de inicio, los adolescentes menores de 14 años ocupa el segundo sitio con un 50.5% en comparación con los mayores de 35 años que ocupan el primer lugar de preferencia en el alcohol con un 62.1%, los adolescentes de 15 a 19 años reportan un 42.9% de preferencia para esta sustancia. Entre los adolescentes las drogas de inicio de preferencia, después del alcohol, en orden descendente son: el tabaco (<14 años 27.9%; 15 a 19 años 28.8%), la marihuana (<14 años 13.1%; 15 a 19 años 19.0%), los inhalables (<14 años 7.3%; 15 a 19 años 5.8%), cristal (<14 años 0.3%, 15 a 19 años 1.6%), cocaína (<14 años 0.5% y 15 a 19 años 1.1%), tranquilizantes (<14 años 0.2%, 15 a 19 años 0.3%), otras drogas ilegales (<14 años 0.1%, 15 a 19 años 1.3%) y heroína (15 a 19 años 0.1%) en comparación con otros grupos de edad.

Con respecto a la distribución de la población por grupo de edad y tipo de droga de impacto se encontró que para los adolescentes menores de 14 años la droga de impacto de mayor consumo es el alcohol (40.6%), seguida de la marihuana (30.3%), inhalables (13.6%), tabaco (11.2%), cristal (2.2%), cocaína (1.0%), tranquilizantes (0.5%), otras drogas ilegales (0.4%), heroína (0.1%) y anfetaminas (0.1%); en lo que se refiere a los adolescentes de entre 15 y 19 años, la droga de impacto de mayor consumo es la marihuana (35.9%), le sigue alcohol (9.9), cristal (11.3%), inhalables (9.0%), tabaco (6.0), cocaína (4.), otras drogas ilegales(1.3), heroína (0.9%), tranquilizantes (0.8%), anfetaminas (0.2%) y otras drogas médicas (0.1%).

3.2.3.2 Factores que llevan a un adolescente a consumir (Salud pública, 2003)

- **Factores asociados con la iniciación.** Calles o parques son los lugares más comunes donde se pueden obtener drogas; seguido de las casas particulares y las fiestas. En el Anexo 34 se muestran los resultados del SISVEA 2014 para los

principales lugares de adquisición y de consumo; siendo los lugares de distribución el principal lugar de adquisición (64.9%). En cuanto a los principales lugares de consumo se tiene en primer lugar la vía pública (41.5%), seguido de la propia casa (27.4%). Generalmente, los motivos por los que se prueban las drogas son: para saber si funcionan como tranquilizantes, porque les dicen que con ellas se van a sentir bien, porque los amigos las usan o simplemente por gusto. Hay quienes reportan usarlas por no tener otra cosa que hacer.

- **Factores con los que se asocia el consumo.** Según los resultados porque se obtienen fácilmente; se las ofrecen ya sea un amigo, un compañero de escuela o un familiar.
- **Tolerancia social.** Los jóvenes en general ven bien o con indiferencia el consumo. Normalmente los padres no aceptan el consumo; sin embargo, en ocasiones son el ejemplo a seguir.
- **Consumo en el entorno inmediato y el uso de drogas.** Padre, madre o hermanos son consumidores; siendo los hermanos quienes influyen con mayor potencia; otra influencia predominante es el mejor amigo(a).
- **Problemas emocionales.** Cuando presentan sintomatología depresiva, intentos de suicidio o problemas con el alcohol.

3.2.3.4 Datos epidemiológicos en la Ciudad de México (antes Distrito Federal)

Los estudios epidemiológicos del consumo de drogas en pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil, A.C. del Distrito Federal en 2014 reportaron que las drogas de mayor consumo “alguna vez en la vida” son (Fuente: Estadística del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento. Segundo Semestre 2014. Dirección de Investigación y Enseñanza. Subdirección de Investigación. Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica. Consumo de drogas alguna vez en la vida. Informe de investigación 15-02b):

- Drogas ilícitas de mayor consumo: marihuana (85.6%), inhalables (36.7%), cocaína (28.4%) y crack (25.2%).
- Consumo de alcohol y tabaco 85.2% (nacional 86.5%) y 80.4% (nacional 83.5%) respectivamente.

- Las drogas que se encuentran arriba de la media nacional: inhalables 36.7% (nacional 31.8%); alucinógenos 12.4% (nacional 9.8%); crack 25.2% (nacional 18.0%).
- La razón de consumo de drogas, alcohol y tabaco es 4.5 hombres por cada mujer.
- Grupos de edad de inicio del consumo de drogas ilícitas: 15 a 19 años (48.0%) y 10 a 14 años (38.7%).

En la Figura 3.14 se muestra la gráfica de uso de algunas drogas alguna vez en la vida en pacientes de primera vez en los Centros de Integración Juvenil del Distrito Federal; del periodo de 2º semestre de 2004 al 2º semestre de 2014. Se puede observar el aumento en el consumo de marihuana, según estos datos el uso de inhalables perdió fuerza hasta el primer semestre de 2014 pero en el 2º semestre comenzó a subir. Los alucinógenos y el éxtasis van en aumento.

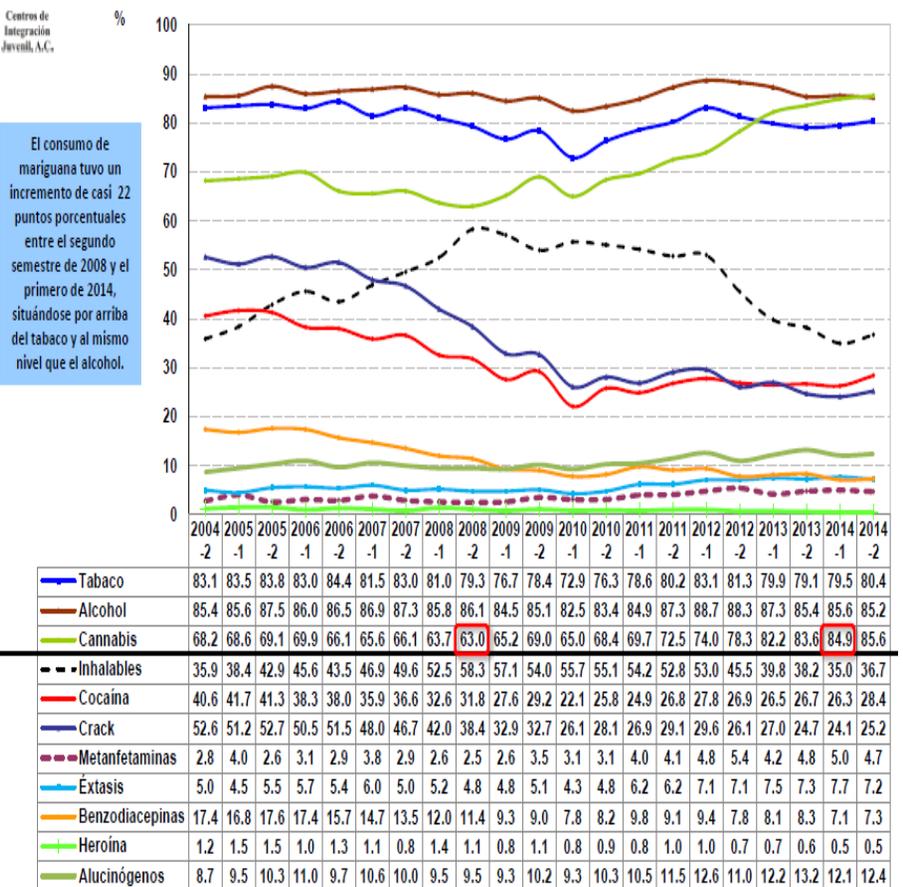


Figura 3.14. Uso de drogas alguna vez en la vida en pacientes de primera vez CIJ del Distrito Federal. 2º semestre de 2004 –2º semestre de 2014. Fuente: Centro de Integración Juvenil, A.C. Distrito Federal. México. Consultada el 15 de Enero de 2016.

Capítulo 4

RESULTADOS

4.1 Resultados cuantitativos

Con la aplicación de las evaluaciones previa y posterior (PRE Y POST) en los talleres “Sexualidad Adolescente” y “Prevención de Consumo de Sustancias Psicoactivas”, se obtuvieron datos con los que se realizó un análisis estadístico para comparar las medias de las respuestas de cada reactivo, así como los porcentajes validos de las mismas para la población objetivo. Los datos obtenidos servirán para generar instrumentos de evaluación adecuados para la población mexicana para los talleres subsecuentes del programa “Desarrollo de habilidades para la vida en estudiantes de secundaria” de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.

4.1.1 Taller “Sexualidad Adolescente”

4.1.1.1 Cuestionario de habilidades para la vida, HpV

En la Tabla 4.1 se muestran las diferencias entre las medias de las evaluaciones previa y posterior al taller de la aplicación del cuestionario habilidades para la vida, obtenidas mediante la prueba “t” para muestras relacionadas.

Tabla 4.1

Prueba “t” para muestras relacionadas de los resultados del cuestionario habilidades para la vida. Taller “Sexualidad Adolescente” (IBM SPSS Statistics 24).

		MEDIA		t	SIG. BILATERAL
		PRE	POST		
Par 1	HPV1A - HPV1D	2.97	3.05	-.499	.619
Par 2	HPV2A - HPV2D	3.63	3.66	-.306	.760
Par 3	HPV3A - HPV3D	3.42	3.32	.814	.419
Par 4	HPV4A - HPV4D	3.40	3.27	.916	.363
Par 5	HPV5A - HPV5D	2.40	2.35	.271	.788

		MEDIA		t	SIG. BILATERAL
		PRE	POST		
Par 6	HPV6A - HPV6D	3.71	3.55	1.256	.214
Par 7	HPV7A - HPV7D	3.48	3.44	.331	.742
Par 8	HPV8A - HPV8D	3.63	3.56	.462	.646
Par 9	HPV9A - HPV9D	3.53	3.34	1.257	.214
Par 10	HPV10A - HPV10D	2.15	2.10	.262	.794
Par 11	HPV11A - HPV11D	2.44	2.52	-.394	.695
Par 12	HPV12A - HPV12D	2.52	2.58	-.386	.701
Par 13	HPV13A - HPV13D	2.56	2.60	-.195	.846
Par 14	HPV14A - HPV14D	2.55	2.31	1.251	.216
Par 15	HPV15A - HPV15D	3.02	2.98	.203	.840
Par 16	HPV16A - HPV16D	2.76	2.60	.825	.412
Par 17	HPV17A - HPV17D	2.55	2.61	-.379	.706
Par 18	HPV18A - HPV18D	2.32	1.98	1.828	.072
Par 19	HPV19A - HPV19D	2.97	3.10	-.814	.419
Par 20	HPV20A - HPV20D	3.05	3.00	.258	.797
Par 21	HPV21A - HPV21D	3.13	3.00	.753	.454
Par 22	HPV22A - HPV22D	2.32	2.35	-.158	.875
Par 23	HPV23A - HPV23D	3.05	2.84	1.314	.194
Par 24	HPV24A - HPV24D	2.24	2.48	-1.423	.160
Par 25	HPV25A - HPV25D	2.84	2.89	-.296	.768
Par 26	HPV26A - HPV26D	1.85	2.26	-2.691	.009
Par 27	HPV27A - HPV27D	2.69	2.68	.091	.928
Par 28	HPV28A - HPV28D	2.69	2.98	-1.779	.080
Par 29	HPV29A - HPV29D	2.71	2.94	-1.369	.176
Par 30	HPV30A - HPV30D	2.94	3.18	-1.329	.189

En la Tabla 4.1 se observa que los pares de reactivos 1, 2, 11, 12, 13, 17, 19, 22, 24, 25, 28, 29 y 30, aun cuando no presentan diferencias estadísticamente significativas, registran un ligero aumento en la media de la post evaluación; la respuesta para estos reactivos está entre “algunas veces” y “con frecuencia”. Sin embargo, aun con estas pequeñas diferencias es notorio que los adolescentes necesitan fortalecer y reforzar su capacidad para identificar las herramientas para mejorar sus habilidades para la vida en general.

La Tabla 4.2 contiene la frecuencia de las respuestas de los estudiantes a cada reactivo en porcentaje valido del cuestionario de habilidades para la vida para las evaluaciones previa y posterior a la impartición del taller. Con los cambios en los porcentajes se puede decir que a nivel de población, se registraron cambios en las respuestas que indican que el taller fue aprovechado; por ejemplo para el reactivo 1 “Tengo pensamientos positivos sobre mi persona”, en el PRE 28 personas contestaron “siempre” y en el POST aumento a 38 personas con la misma respuesta; en otros reactivos, como el 23 “Soy capaz de escuchar las opiniones de los demás cuando debemos llegar a acuerdos” en la POST evaluación se incrementa la respuesta “algunas veces” y disminuye la respuesta “siempre”, quizás se deba a que los chicos fueron más sinceros y reconocieron lo que realmente hacen.

Tabla 4.2

Comparación de los resultados en porcentajes validos del cuestionario habilidades para la vida. Taller “Sexualidad Adolescente” (IBM SPSS Statistics 24).

% VALIDO		PRE EVALUACIÓN					POST EVALUACIÓN				
Tipo de respuesta		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Par 1	HPV1A - HPV1D	0	11.3	24.2	21.0	43.5	1.6	16.1	17.7	4.8	59.7
Par 2	HPV2A - HPV2D	0	1.6	9.7	12.9	75.8	0	1.6	11.3	6.5	80.6
Par 3	HPV3A - HPV3D	0	6.5	6.5	25.8	61.3	1.6	4.8	1.6	43.5	48.4
Par 4	HPV4A - HPV4D	0	6.5	12.9	14.5	66.1	1.6	4.8	16.1	9.4	58.1
Par 5	HPV5A - HPV5D	0	21.0	30.6	35.5	12.9	1.6	19.4	38.7	22.6	17.7
Par 6	HPV6A - HPV6D	1.6	0	8.1	6.5	83.9	0	3.2	16.1	3.2	77.4
Par 7	HPV7A - HPV7D	0	3.2	12.9	16.1	67.7	0	4.8	14.5	12.9	67.7
Par 8	HPV8A - HPV8D	0	1.6	6.5	19.4	72.6	0	6.5	9.7	4.8	79.0
Par 9	HPV9A - HPV9D	0	1.6	12.9	16.1	69.4	0	8.1	17.7	6.5	67.7
Par 10	HPV10A - HPV10D	1.6	27.4	41.9	12.9	16.1	3.2	21.0	45.2	24.2	6.5
Par 11	HPV11A - HPV11D	6.5	16.1	32.3	17.7	27.4	1.6	12.9	43.5	16.1	25.8
Par 12	HPV12A - HPV12D	0	16.1	41.9	16.1	25.8	0	19.4	35.5	12.9	32.3
Par 13	HPV13A - HPV13D	1.6	12.9	37.1	24.2	24.2	0	11.3	46.8	12.9	29.0
Par 14	HPV14A - HPV14D	0	24.2	21.0	30.6	24.2	3.2	19.4	40.3	17.7	19.4
Par 15	HPV15A - HPV15D	1.6	4.8	22.6	32.3	38.7	0	6.5	29.0	24.2	40.3
Par 16	HPV16A - HPV16D	1.6	12.9	22.6	33.9	29.0	1.6	14.5	35.5	19.4	29.0
Par 17	HPV17A - HPV17D	0	16.1	35.5	25.8	22.6	0	16.1	38.7	12.9	32.3
Par 18	HPV18A - HPV18D	3.2	21.0	32.3	27.4	16.1	1.6	40.3	32.3	9.7	16.1
Par 19	HPV19A - HPV19D	0	6.5	27.4	29.0	37.1	0	6.5	25.8	19.4	48.4

% VALIDO		PRE EVALUACIÓN					POST EVALUACIÓN				
Tipo de respuesta		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Par 20	HPV20A - HPV20D	0	9.7	22.6	21.0	46.8	1.6	8.1	27.4	14.5	48.4
Par 21	HPV21A - HPV21D	0	8.1	17.7	27.4	46.8	1.6	1.6	27.4	33.9	35.5
Par 22	HPV22A - HPV22D	3.2	25.8	27.4	22.6	21.0	1.6	21.0	38.7	17.7	21.0
Par 23	HPV23A - HPV23D	1.6	8.1	16.1	32.3	41.9	0	6.5	33.9	29.0	30.6
Par 24	HPV24A - HPV24D	0	29.0	37.1	14.5	19.4	0	25.8	30.6	12.9	30.6
Par 25	HPV25A - HPV25D	0	11.3	25.8	30.6	32.3	0	9.7	27.4	27.4	35.5
Par 26	HPV26A - HPV26D	0	37.1	46.8	9.7	6.5	0	24.2	46.8	8.1	21.0
Par 27	HPV27A - HPV27D	0	12.9	25.8	40.3	21.0	0	8.1	46.8	14.5	30.6
Par 28	HPV28A - HPV28D	0	11.3	35.5	25.8	27.4	0	8.1	27.4	22.6	41.9
Par 29	HPV29A - HPV29D	1.6	11.3	32.3	24.2	30.6	0	9.7	25.8	25.8	38.7
Par 30	HPV30A - HPV30D	0	12.9	22.6	22.6	41.9					

Los tipos de respuesta corresponden a: 0 – no contestó, 1 – nunca, 2 – algunas veces, 3 – con frecuencia, 4 – siempre.

Los registros de los porcentajes validos nos dejan ver porque no hay cambios estadísticamente significativos en las medias registradas en la Tabla 4.1; al analizar los datos de la Tabla 4.2 se observa que si hay cambios en las respuestas, pero estos cambios no se enfocan a una sola respuesta sino que están distribuidos en las diferentes respuestas, de tal forma que no se ven reflejados en las medias de la POST evaluación, por lo tanto no se obtienen diferencias estadísticamente significativas de las medias.

El reactivo 26 es el único que presenta diferencia estadísticamente significativa, 0.009; la media de la muestra fue mayor en la aplicación POST ($\bar{X}_{POST} = 2.26$) en comparación a los resultados obtenidos en la aplicación PRE ($\bar{X}_{PRE} = 1.85$). Estos resultados indican que los adolescentes obtuvieron la capacidad para detectar las herramientas que se necesitan para ejercer el respeto y tolerancia hacia la opinión de los demás con la impartición del taller. Se obtiene que el 46.8% contestó “algunas veces” en ambas mediciones; en la segunda medición se observa un cambio significativo en las respuestas “nunca” y “siempre”, disminuyendo y aumentando respectivamente; se puede pensar que los estudiantes reconocen la falta de tolerancia y respeto hacia los demás. La distribución en porcentaje de las respuestas se muestra en la Figura 4.1.

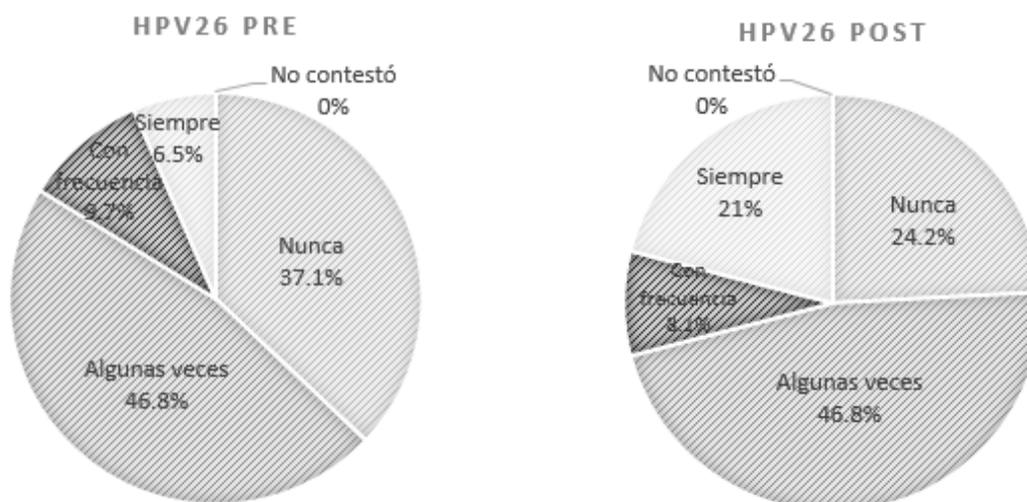


Figura 4.1. Comparación de las respuestas PRE y POST al reactivo HpV26, “Cuando hacemos trabajos en equipo se me complica tomar en cuenta propuestas de los demás” del cuestionario habilidades para la vida. Taller “Sexualidad Adolescente” (Excel 2013).

Al agrupar los resultados en categorías: conciencia emocional, autonomía emocional, regulación emocional, competencia emocional, y habilidades cognoscitivas (Tabla 4.3) se encontró que la categoría de habilidades cognoscitivas presenta diferencia estadísticamente significativa (0.043), la media aumentó de 2.72 en la PRE evaluación a 2.87 en la POST evaluación. Los resultados muestran un aumento en la capacidad para adquirir o usar las herramientas necesarias de las habilidades cognoscitivas en los adolescentes después de impartir el taller.

Tabla 4.3

Prueba “t” para muestras relacionadas agrupadas por categorías del cuestionario de habilidades para la vida. Taller “Sexualidad Adolescente” (IBM SPSS Statistics 24).

	MEDIA		t	SIG. BILATERAL
	PRE	POST		
Conciencia emocional	3.04	2.99	1.262	.207
Autonomía emocional	2.87	2.85	.389	.697
Regulación emocional	2.50	2.52	-.368	.713
Competencia social	2.70	2.77	-1.465	.143
Habilidades cognoscitivas	2.72	2.87	-2.031	.043

No obstante, que en las categorías de regulación emocional ($\bar{X}_{PRE} = 2.50$; $\bar{X}_{POST} = 2.52$) y competencia social ($\bar{X}_{PRE} = 2.70$; $\bar{X}_{POST} = 2.77$) se registra un incremento en la media en la evaluación posterior no se obtienen diferencias estadísticamente significativas; es evidente que los adolescentes necesitan adquirir herramientas que les permita utilizar adecuadamente los conocimientos con que cuentan, y desarrollar fundamentos sólidos para el manejo adecuado de sus habilidades para la vida.

En la Figura 4.2 se muestra la comparación de los resultados obtenidos de la categoría habilidades cognoscitivas, observándose una mayor participación de los adolescentes; en la evaluación final los reactivos fueron contestados en su totalidad, se registró un aumento en las respuestas “algunas veces” y “siempre”, PRE evaluación: 30.6% y 29.0%, POST evaluación: 33.5% y 37.7% respectivamente. Los adolescentes aumentaron su capacidad para adquirir e identificar las herramientas necesarias para actuar menos impulsivamente, de modo que mejoraron su capacidad para identificar los elementos que les permite reflexionar sobre sus propias acciones y sobre situaciones problemáticas, teniendo mayor discernimiento para solucionar las mismas.

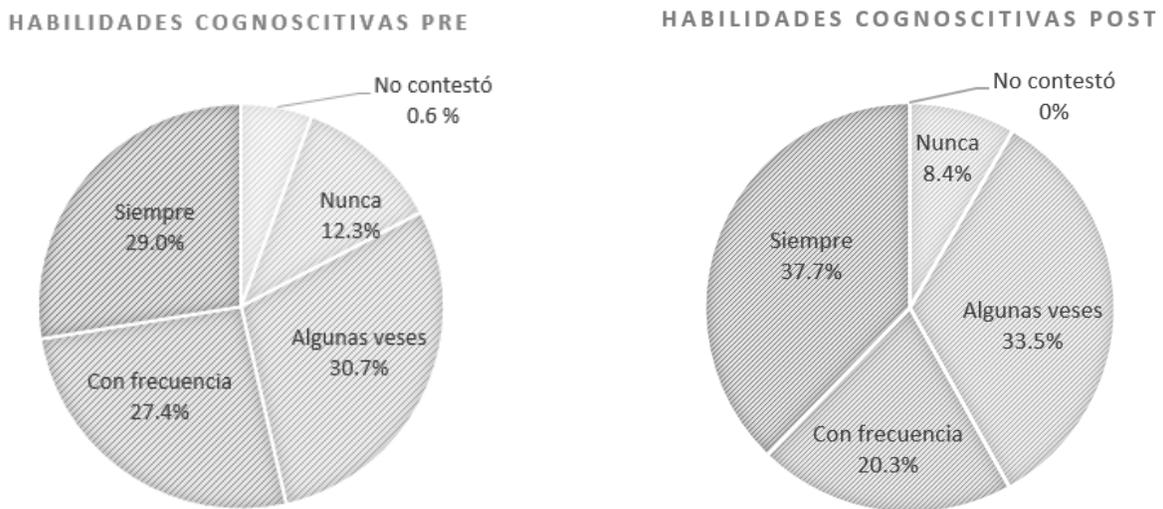


Figura 4.2. Comparación de las respuestas PRE y POST agrupadas en la categoría habilidades cognoscitivas del cuestionario habilidades. Taller “Sexualidad Adolescente” (Excel 2013).

4.1.1.2 Cuestionario de sexualidad adolescente, SA

En la Tabla 4.4 se muestran las diferencias entre las medias de las evaluaciones antes y después del cuestionario sobre sexualidad adolescente aplicado en el taller “Sexualidad Adolescente”, obtenidas mediante la prueba “t” para muestras relacionadas.

Tabla 4.4

Prueba “t” para muestras relacionadas del cuestionario sobre sexualidad adolescente. Taller “Sexualidad Adolescente” (IBM SPSS Statistics 24).

		MEDIA		t	SIG. BILATERAL
		PRE	POST		
Par 1	SA1A - SA1D	3.53	3.27	1.847	.070
Par 2	SA2A - SA2D	3.44	3.35	.559	.578
Par 3	SA3A - SA3D	1.95	1.98	-.203	.840
Par 4	SA4A - SA4D	2.29	2.23	.397	.693
Par 5	SA5A - SA5D	2.81	2.66	.903	.370
Par 6	SA6A - SA6D	2.35	2.24	.757	.452
Par 7	SA7A - SA7D	2.35	2.87	-3.151	.003
Par 8	SA8A - SA8D	2.32	2.34	-.109	.914
Par 9	SA9A - SA9D	2.87	2.73	.823	.414
Par 10	SA10A - SA10D	3.35	3.19	.936	.353
Par 11	SA11A - SA11D	3.29	2.97	2.073	.042
Par 12	SA12A - SA12D	3.40	3.44	-.234	.816
Par 13	SA13A - SA13D	3.15	3.19	-.291	.772
Par 14	SA14A - SA14D	2.45	2.34	.549	.585
Par 15	SA15A - SA15D	3.31	2.82	3.146	.003
Par 16	SA16A - SA16D	3.29	2.95	2.005	.049
Par 17	SA17A - SA17D	3.42	3.13	2.065	.043
Par 18	SA18A - SA18D	3.03	3.08	-.335	.739
Par 19	SA19A - SA19D	3.40	3.27	.916	.363
Par 20	SA20A - SA20D	3.08	3.15	-.386	.701
Par 21	SA21A - SA21D	2.52	2.29	1.508	.137
Par 22	SA22A - SA22D	3.03	2.52	3.182	.002
Par 23	SA23A - SA23D	3.21	3.08	.760	.450
Par 24	SA24A - SA24D	3.08	2.90	1.085	.282
Par 25	SA25A - SA25D	2.34	2.11	1.223	.226
Par 26	SA26A - SA26D	2.55	2.55	.000	1.000

		MEDIA		t	SIG. BILATERAL
		PRE	POST		
Par 27	SA27A - SA27D	2.92	3.03	-.775	.441
Par 28	SA28A - SA28D	2.87	2.90	-.183	.856
Par 29	SA29A - SA29D	1.63	1.56	.338	.736
Par 30	SA30A - SA30D	3.31	3.31	.000	1.000
Par 31	SA31A - SA31D	2.76	2.97	-1.113	.270
Par 32	SA32A - SA32D	3.11	2.98	.710	.481
Par 33	SA33A - SA33D	3.02	2.95	.346	.731
Par 34	SA34A - SA34D	3.02	3.10	-.404	.688
Par 35	SA35A - SA35D	2.79	2.79	.000	1.000

Los reactivos 7, 11, 15, 16, 17 y 22 presentan diferencias estadísticamente significativas entre las evaluaciones previa y posterior a la impartición del taller. Los reactivos 3, 8, 12, 13, 18, 20, 27, 28, 31 y 34 registran un aumento en la media en los resultados de la evaluación posterior a la impartición del taller; sin embargo, no es suficiente para alcanzar una diferencia estadísticamente significativa.

Por los resultados registrados se puede decir que en general, los adolescentes necesitan aumentar su capacidad para identificar y desarrollar las herramientas que les permitan ejercer su sexualidad de forma responsable. Lo anterior se refuerza al analizar la Tabla 4.5 que corresponde a la comparación de frecuencias en porcentaje válido de las respuestas al cuestionario de habilidades para la vida.

Tabla 4.5

Comparación de los resultados del cuestionario de habilidades para la vida. Taller "Sexualidad adolescente" en porcentajes válidos (IBM SPSS Statistics 24).

% válido		PRE EVALUACIÓN					POST EVALUACIÓN				
Tipo de respuesta		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Par 1	SA1A - SA1D	1.6	1.6	3.2	29.0	64.5	0	4.8	19.4	19.4	56.5
Par 2	SA2A - SA2D	0	4.8	11.3	19.4	64.5	0	3.2	22.6	9.7	64.5
Par 3	SA3A - SA3D	1.6	32.3	40.3	21.0	4.8	1.6	33.9	35.5	22.6	6.5
Par 4	SA4A - SA4D	0	25.8	37.1	19.4	17.7	1.6	29.0	33.9	16.1	19.4
Par 5	SA5A - SA5D	0	8.1	32.3	30.6	29.0	3.2	6.5	37.1	27.4	25.8
Par 6	SA6A - SA6D	1.6	9.7	51.6	25.8	11.3	3.2	12.9	50.0	24.2	9.7

FRECUENCIAS		PRE EVALUACIÓN					POST EVALUACIÓN				
Tipo de respuesta		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Par 7	SA7A - SA7D	1.6	16.1	38.7	32.3	30.6	1.6	6.5	27.4	32.3	32.3
Par 8	SA8A - SA8D	1.6	11.3	51.6	24.2	11.3	1.6	16.1	43.5	24.2	14.5
Par 9	SA9A - SA9D	0	6.5	30.6	32.3	30.6	4.8	6.5	27.4	33.9	27.4
Par 10	SA10A - SA10D	1.6	1.6	17.7	17.7	61.3	3.2	6.5	14.5	19.4	56.5
Par 11	SA11A - SA11D	0	4.8	14.5	27.4	53.2	1.6	6.5	29.0	19.4	43.5
Par 12	SA12A - SA12D	1.6	4.8	9.7	19.4	64.5	0	3.2	14.5	17.7	64.5
Par 13	SA13A - SA13D	6.5	3.2	16.1	17.7	56.5	4.8	4.8	14.5	17.7	58.1
Par 14	SA14A - SA14D	4.8	22.6	21.0	25.8	25.8	1.6	22.6	38.7	14.5	22.6
Par 15	SA15A - SA15D	0	1.6	17.7	29.0	51.6	4.8	8.1	22.6	29.0	35.5
Par 16	SA16A - SA16D	1.6	1.6	14.5	30.6	51.6	1.6	4.8	29.0	25.8	38.7
Par 17	SA17A - SA17D	0	3.2	12.9	22.6	61.3	0	8.1	16.1	30.6	45.2
Par 18	SA18A - SA18D	3.2	4.8	21.0	27.4	43.5	0	3.2	30.6	21.0	45.2
Par 19	SA19A - SA19D	0	1.6	14.5	25.8	58.1	1.6	3.2	16.1	24.2	54.8
Par 20	SA20A - SA20D	0	16.1	16.1	11.3	56.5	1.6	8.1	12.9	29.0	48.4
Par 21	SA21A - SA21D	0	11.3	46.8	21.0	21.0	0	24.2	38.7	21.0	16.1
Par 22	SA22A - SA22D	1.6	3.2	25.8	29.0	40.3	3.2	17.7	30.6	21.0	27.4
Par 23	SA23A - SA23D	1.6	6.5	12.9	27.4	51.6	1.6	4.8	25.8	19.4	48.4
Par 24	SA24A - SA24D	1.6	3.2	21.0	33.9	40.3	1.6	6.5	30.6	22.6	38.7
Par 25	SA25A - SA25D	0	22.6	35.5	27.4	14.5	1.6	32.6	37.1	11.3	17.3
Par 26	SA26A - SA26D	3.2	19.4	25.8	22.6	29.0	3.2	12.9	35.5	22.6	25.8
Par 27	SA27A - SA27D	1.6	6.5	25.8	30.6	35.5	0	8.1	22.6	27.4	41.9
Par 28	SA28A - SA28D	3.2	8.1	19.4	37.1	32.3	1.6	4.8	27.4	33.9	33.3
Par 29	SA29A - SA29D	1.6	62.9	17.7	6.5	11.3	3.2	64.5	12.9	11.3	8.1
Par 30	SA30A - SA30D	1.6	4.8	17.7	6.5	11.3	0	4.8	19.4	16.1	59.7
Par 31	SA31A - SA31D	3.2	8.1	30.6	25.8	32.3	3.2	8.1	24.2	17.7	46.8
Par 32	SA32A - SA32D	0	6.5	22.6	24.2	46.8	1.6	6.5	27.4	21.0	43.5
Par 33	SA33A - SA33D	0	6.5	29.0	21.0	43.5	1.6	4.8	25.8	32.3	35.5
Par 34	SA34A - SA34D	0	8.1	24.2	25.8	41.9	1.6	8.1	14.5	30.6	45.2
Par 35	SA35A - SA35D	0	12.9	25.8	30.6	30.6	0	9.7	33.9	24.2	32.3

Los tipos de respuesta corresponden a: 0 – no contestó, 1 – nunca, 2 – algunas veces, 3 – con frecuencia, 4 – siempre.

La comparación de los resultados en términos de porcentaje valido de los reactivos que presentan diferencias estadísticamente significativas se muestran gráficamente en la Figura 4.3.

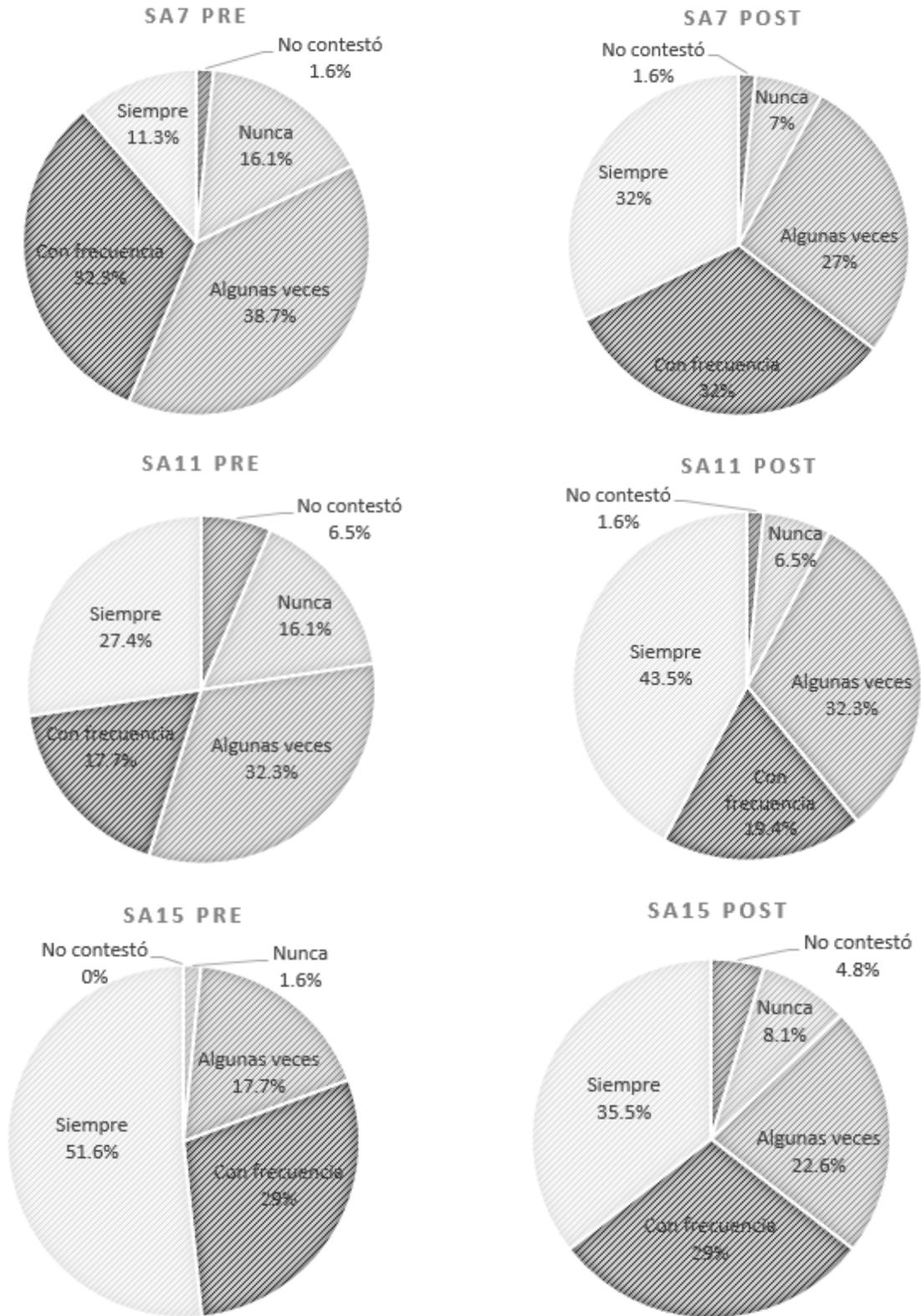


Figura 4.3. Comparación de las respuestas PRE y POST a los de reactivos 7, 11, 15, 16, 17 y 22 del cuestionario sobre sexualidad adolescente. Taller “Sexualidad Adolescente” (Excel 2013).

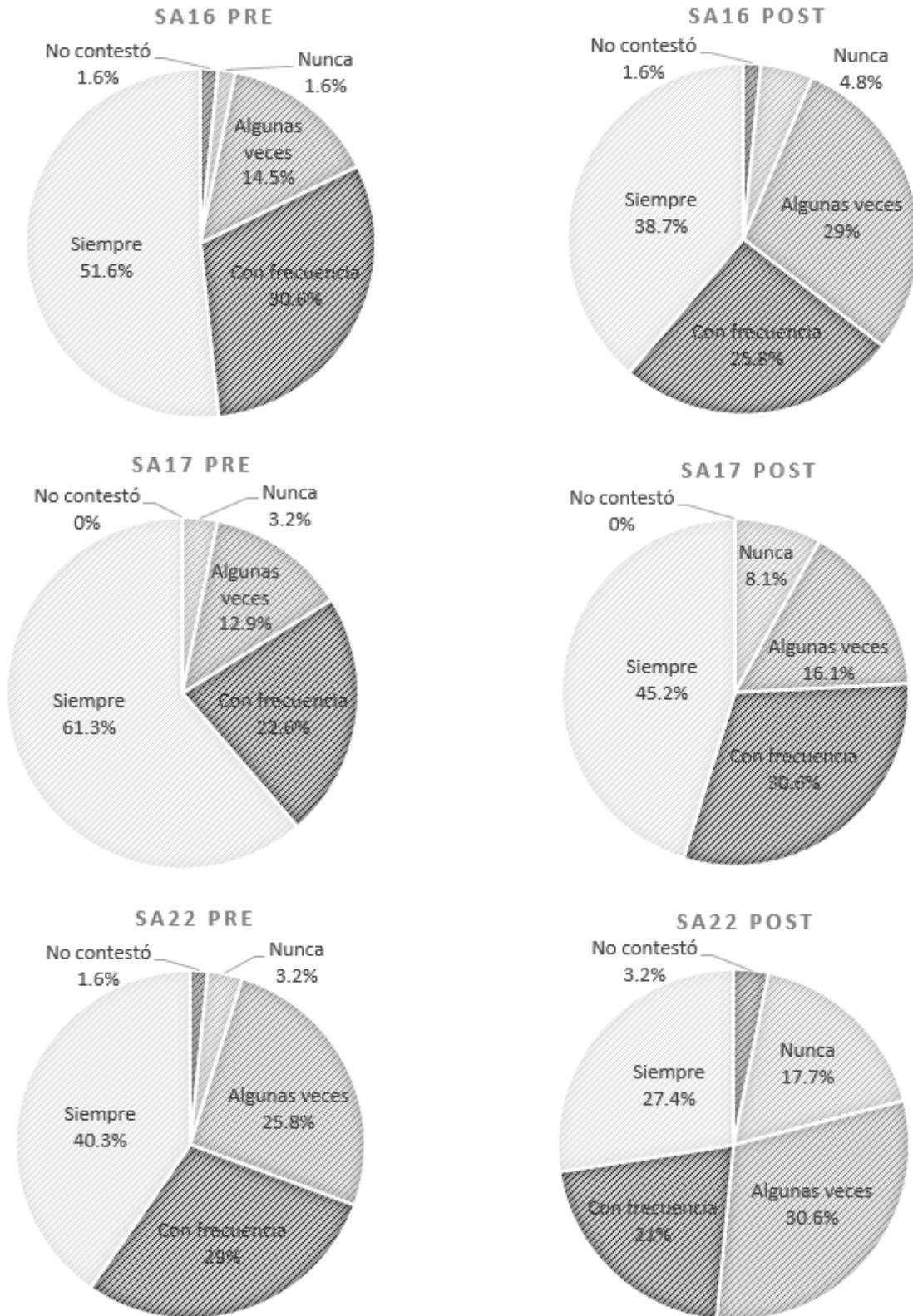


Figura 4.3. (Continuación). Comparación de las respuestas PRE y POST a los de reactivos 7, 11, 15, 16, 17 y 22 del cuestionario sobre sexualidad adolescente. Taller “Sexualidad Adolescente” (Excel 2013).

En los resultados se observa que al finalizar el taller los adolescentes obtuvieron la capacidad de reconocer las herramientas necesarias para aumentar su comprensión sobre la comunicación asertiva, respeto hacia los demás, prevención de situaciones conflictivas, aceptación y respeto de las preferencias sexuales de otros. Así mismo se registró un aumento en la capacidad para identificar las herramientas para discriminar entre lo que pueden demandar por derecho y lo que demandan como capricho.

Al agrupar los resultados de los reactivos por categorías (Tabla 4.6) se encuentra que la categoría competencia social presenta diferencias estadísticamente significativas, (0.037); sin embargo, no hay un incremento en la media de la evaluación posterior a la impartición del taller ($\bar{X}_{PRE} = 2.95$; $\bar{X}_{POST} = 2.89$). Se incrementó el número de estudiantes que no contestaron los reactivos en la aplicación final, así mismo el porcentaje en las respuestas “nunca” y “algunas veces” presentan un ligero aumento en la aplicación posterior a la impartición del taller, las respuestas “con frecuencia” y “siempre” tuvieron una ligera disminución en el mismo evento. Es evidente que los adolescentes necesitan reforzar los conocimientos con que cuentan para desarrollar fundamentos sólidos en el manejo adecuado de sus habilidades para la vida en términos del ejercicio de su sexualidad. La comparación gráfica de la categoría “Competencia social” se puede ver en la Figura 4.4.

Tabla 4.6

Prueba “t” para muestras relacionadas de los reactivos agrupados por categorías del cuestionario de sexualidad adolescente. Taller “Sexualidad Adolescente” (IBM SPSS Statistics 24).

	MEDIA		t	SIG. BILATERAL
	PRE	POST		
Consciencia emocional	2.97	2.90	1.617	0.106
Autonomía emocional	3.10	3.02	1.893	0.059
Regulación emocional	2.88	2.84	.975	0.330
Competencia social	2.95	2.89	2.086	0.037
Habilidades cognoscitivas	2.75	2.71	1.103	0.270

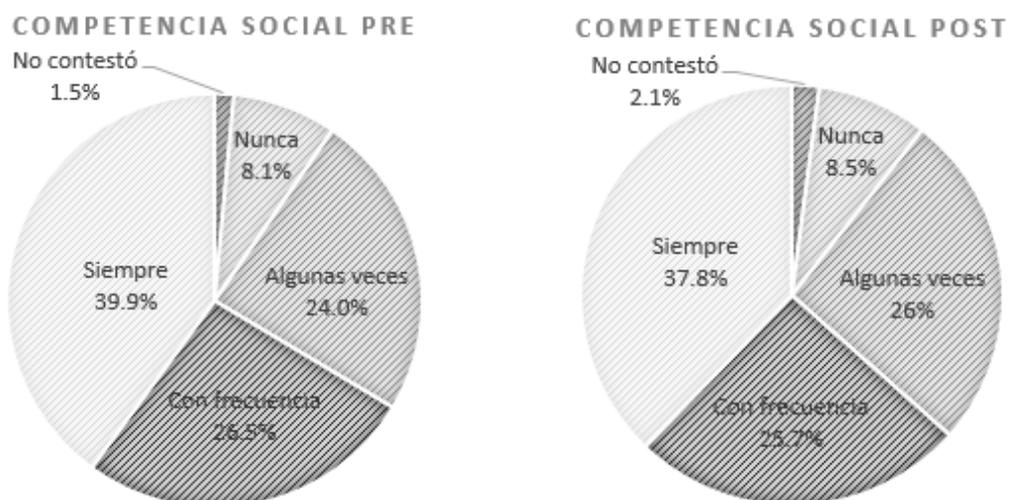


Figura 4.4. Comparación de las respuestas PRE y POST de la categoría competencia social del cuestionario sobre sexualidad adolescente. Taller “Sexualidad Adolescente” (Excel 2013).

4.1.2 Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”, PCSP

4.1.2.1 Cuestionario de habilidades para la vida, HpV

En la Tabla 4.7 se muestran las diferencias entre las medias de las evaluaciones antes y después del cuestionario de habilidades para la vida durante la impartición del taller, obtenidas a través de la prueba “t” para muestras relacionadas.

Tabla 4.7

Prueba “t” para muestras relacionadas del cuestionario habilidades para la vida. Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

		MEDIA		t	SIG. BILATERAL
		PRE	POST		
Par 1	HPV1A - HPV1D	3.19	3.37	-.756	.456
Par 2	HPV2A - HPV2D	3.44	3.37	.348	.731
Par 3	HPV3A - HPV3D	3.52	3.67	-1.280	.212
Par 4	HPV4A - HPV4D	3.52	3.59	-.420	.678
Par 5	HPV5A - HPV5D	2.19	2.22	-.143	.887
Par 6	HPV6A - HPV6D	3.11	3.67	-2.658	.013
Par 7	HPV7A - HPV7D	3.52	3.56	-.182	.857

		MEDIA		t	SIG. BILATERAL
		PRE	POST		
Par 8	HPV8A - HPV8D	3.67	3.78	-.515	.611
Par 9	HPV9A - HPV9D	3.26	3.56	-1.162	.256
Par 10	HPV10A - HPV10D	2.19	2.22	-.120	.905
Par 11	HPV11A - HPV11D	2.37	2.85	-1.637	.114
Par 12	HPV12A - HPV12D	2.04	2.07	-.143	.887
Par 13	HPV13A - HPV13D	2.85	2.96	-.500	.621
Par 14	HPV14A - HPV14D	2.81	3.04	-.901	.376
Par 15	HPV15A - HPV15D	3.33	3.30	.273	.787
Par 16	HPV16A - HPV16D	2.78	2.74	.182	.857
Par 17	HPV17A - HPV17D	2.59	2.63	-.137	.892
Par 18	HPV18A - HPV18D	1.78	1.78	.000	1.000
Par 19	HPV19A - HPV19D	3.04	2.52	2.207	.036
Par 20	HPV20A - HPV20D	3.30	3.04	.908	.372
Par 21	HPV21A - HPV21D	3.11	2.85	.878	.388
Par 22	HPV22A - HPV22D	1.93	2.19	-.979	.336
Par 23	HPV23A - HPV23D	3.30	3.11	1.044	.306
Par 24	HPV24A - HPV24D	2.11	2.52	-1.550	.133
Par 25	HPV25A - HPV25D	3.15	2.89	1.022	.316
Par 26	HPV26A - HPV26D	1.74	1.89	-.724	.476
Par 27	HPV27A - HPV27D	2.07	2.07	.000	1.000
Par 28	HPV28A - HPV28D	3.19	3.07	.451	.656
Par 29	HPV29A - HPV29D	3.11	3.19	-.348	.731
Par 30	HPV30A - HPV30D	3.41	3.07	1.331	.195

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los reactivos 6 y 9, que hacen referencia a la atención y a la identificación de señales internas que hacen posible el reconocimiento de las sensaciones y de cómo las emociones afectan la manera de actuar, teniendo repercusión directa sobre el desempeño escolar y la vida en general. También se puede observar que en los pares de reactivos 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 22, 24, 26 y 29 aun cuando no hay diferencias estadísticamente significativas presentan un aumento en la media de la post evaluación; sin embargo, aun con estas diferencias es necesario que los adolescentes desarrollen e identifiquen las herramientas que les permitan fortalecer y reforzar sus habilidades para la vida en general.

La Tabla 4.8 muestra las frecuencias en porcentaje valido para el cuestionario de habilidades para la vida, como se puede ver la distribución de las respuestas hace que en las medias no se observen diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, los cambios en las respuestas permiten decir que el taller no fue tiempo perdido, por ejemplo los reactivos 1 y 4 presentan un aumento en la respuesta “siempre”.

Tabla 4.8

Cotejo de resultados en porcentaje valido del cuestionario habilidades para la vida. Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

FRECUENCIAS		PRE EVALUACIÓN					POST EVALUACIÓN				
Tipo de respuesta		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Par 1	HPV1A - HPV1D	0	3.7	22.2	25.9	48.1	0	3.7	18.5	14.8	63.0
Par 2	HPV2A - HPV2D	0	0	14.8	25.9	59.3	0	3.7	18.5	14.8	63.0
Par 3	HPV3A - HPV3D	0	0	7.4	33.3	59.3	0	0	3.7	25.9	70.4
Par 4	HPV4A - HPV4D	0	0	11.1	25.9	63.0	0	0	18.5	3.7	77.8
Par 5	HPV5A - HPV5D	0	18.5	51.9	22.2	7.4	0	29.6	37.0	14.8	18.5
Par 6	HPV6A - HPV6D	0	7.4	25.9	14.8	51.9	0	0	11.1	11.1	77.8
Par 7	HPV7A - HPV7D	0	0	14.8	18.5	66.7	0	3.7	14.8	3.7	77.8
Par 8	HPV8A - HPV8D	0	0	11.1	11.1	77.8	3.7	0.0	0	7.4	88.9
Par 9	HPV9A - HPV9D	3.7	0	22.2	14.8	59.3	0	7.4	7.4	7.4	77.8
Par 10	HPV10A - HPV10D	0	18.5	59.3	7.4	14.8	0	37.0	29.6	7.4	25.9
Par 11	HPV11A - HPV11D	0	22.2	33.3	29.6	14.8	7.4	3.7	29.6	14.8	44.4
Par 12	HPV12A - HPV12D	0	29.6	51.9	3.7	4.8	7.4	33.3	25.9	11.1	22.2
Par 13	HPV13A - HPV13D	3.7	4.4	22.2	33.3	33.3	0	3.7	33.3	25.9	37.0
Par 14	HPV14A - HPV14D	0	14.8	25.9	22.2	37.00	0	11.1	25.9	11.12	51.9
Par 15	HPV15A - HPV15D	0	3.7	18.5	18.5	59.3	0	3.7	18.5	22.2	55.6
Par 16	HPV16A - HPV16D	0	3.7	44.4	22.2	29.6	3.7	11.1	33.3	11.1	40.7
Par 17	HPV17A - HPV17D	0	11.1	40.7	25.9	22.2	0	14.8	40.7	11.1	33.3
Par 18	HPV18A - HPV18D	3.7	40.7	40.7	3.7	11.1	7.4	44.4	25.9	7.4	14.8
Par 19	HPV19A - HPV19D	0	3.7	25.9	33.3	37.0	3.7	18.5	29.6	18.5	29.6
Par 20	HPV20A - HPV20D	0	7.4	14.8	18.5	59.3	7.4	7.4	18.5	7.4	59.3
Par 21	HPV21A - HPV21D	0	3.7	25.9	25.9	44.4	3.7	11.1	25.9	14.8	44.4
Par 22	HPV22A - HPV22D	0	40.7	37.1	11.1	11.1	0	37.0	25.9	18.5	18.5
Par 23	HPV23A - HPV23D	3.7	0	22.2	11.1	63.0	0	3.7	25.9	25.9	44.4
Par 24	HPV24A - HPV24D	0	22.2	55.6	1.1	11.1	0	25.9	22.2	25.9	25.9

FRECUENCIAS		PRE EVALUACIÓN					POST EVALUACIÓN				
Tipo de respuesta		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Par 25	HPV25A - HPV25D	3.7	0	22.2	25.9	48.1	0	3.7	44.4	11.1	40.7
Par 26	HPV26A - HPV26D	3.7	37.0	48.1	3.7	7.4	0	37.0	44.4	11.1	7.4
Par 27	HPV27A - HPV27D	0	29.6	44.4	14.8	11.1	7.4	29.6	33.3	7.4	22.2
Par 28	HPV28A - HPV28D	0	11.1	14.8	18.5	55.6	0	7.4	25.9	18.5	48.1
Par 29	HPV29A - HPV29D	0	3.7	29.6	18.5	48.1	0	0	25.9	29.6	44.4
Par 30	HPV30A - HPV30D	0	7.4	7.4	22.2	63.00	0	7.4	25.9	18.5	48.1

Los tipos de respuesta corresponden a: 0 – no contestó, 1 – nunca, 2 – algunas veces, 3 – con frecuencia, 4 – siempre.

En la Figura 4.5 se pueden observar gráficamente las diferencias estadísticamente significativas para los reactivos 6 y 19. Al analizarlos se puede inferir que después de la impartición del taller los adolescentes adquirieron las herramientas necesarias para aumentar su capacidad de reconocimiento de los elementos del entorno para distinguir y reconocer sus emociones en especial el enojo. Pero llama la atención la falta de empatía de los adolescentes hacia los demás; lo que hace necesario reafirmar los valores para la vida.

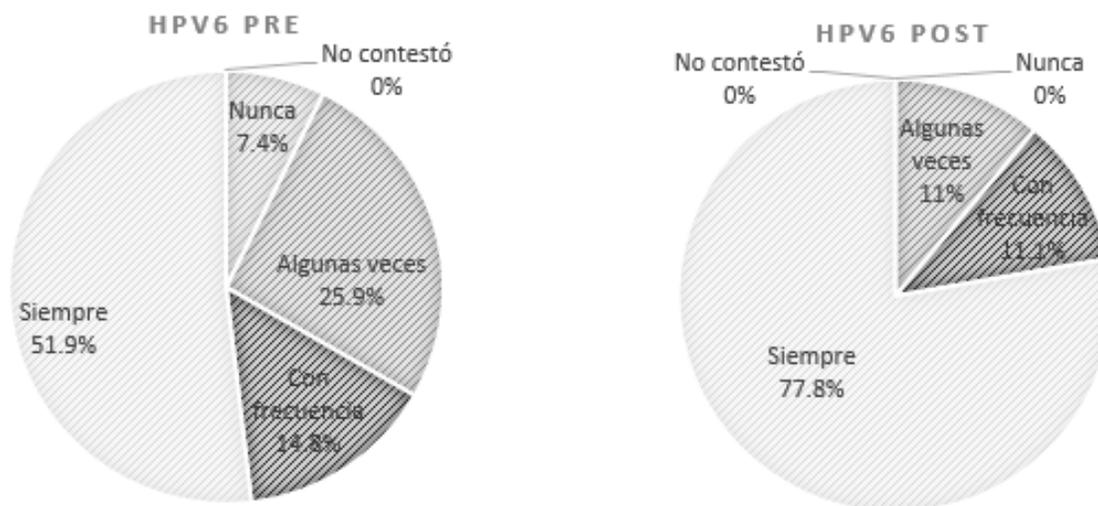


Figura 4.5. Comparación de las respuestas PRE y POST de los reactivos estadísticamente significativos en términos de porcentaje valido del cuestionario habilidades para la vida. Taller “Prevención de Consumo de Sustancias Psicoactivas” (Excel 2013).

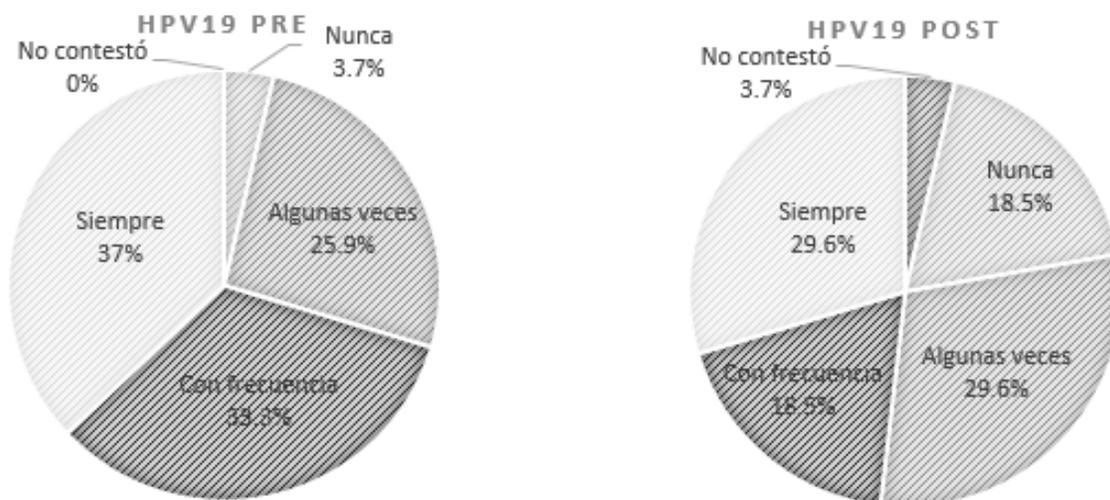


Figura 4.5. (Continuación) Comparación de respuestas estadísticamente significativas en términos de porcentaje valido del cuestionario habilidades para la vida. Taller “Prevención de Consumo de Sustancias Psicoactivas” (Excel 2013).

Al agrupar los reactivos por categorías se observa que aun cuando las categorías “consciencia emocional, autonomía emocional y regulación emocional” incrementaron el valor de la media en la post evaluación, no alcanzan diferencia estadísticamente significativa; en las categorías competencia social y habilidades cognoscitivas se registra una disminución en la media de la post evaluación. Con estos resultados se entiende que los adolescentes necesitan reforzar los conocimientos con que cuentan y desarrollar fundamentos sólidos para identificar adecuadamente las herramientas necesarias para el ejercicio de sus habilidades para la vida (Tabla 4.9).

Tabla 4.9

Prueba “t” para muestras relacionadas por categorías del cuestionario habilidades para la vida. Taller “Prevención del Consumo de sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

	MEDIA		t	SIG. BILATERAL
	PRE	POST		
Consciencia emocional	2.92	3.02	-1.578	.115
Autonomía emocional	3.04	3.06	-.334	.739
Regulación emocional	2.48	2.57	-1.169	.243
Competencia social	2.79	2.75	.611	.541
Habilidades cognoscitivas	2.93	2.87	.474	.636

4.1.2.2 Cuestionario sobre percepción de riesgos, PR

En la Tabla 4.10 se muestran las diferencias de medias y en la Tabla 4.11 se reporta la comparación de los resultados en porcentaje válido del cuestionario sobre percepción de riesgos aplicado antes y después de la impartición del taller. Los reactivos que presentan diferencias estadísticamente significativas son: 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 19, 20, 26, 28 y 29 (IBM SPSS Statistics 24).

Tabla 4.10

Prueba “t” para muestras relacionadas del cuestionario sobre percepción de riesgos, PR. Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

		MEDIA		t	SIG. BILATERAL
		PRE	POST		
Par 1	PR1A - PR1D	1.37	1.13	2.041	.050
Par 2	PR2A - PR2D	1.53	1.17	2.257	.032
Par 3	PR3A - PR3D	1.37	1.13	1.882	.070
Par 4	PR4A - PR4D	1.40	1.70	-1.300	.204
Par 5	PR5A - PR5D	2.00	3.07	-4.983	.000
Par 6	PR6A - PR6D	2.40	3.13	-3.266	.003
Par 7	PR7A - PR7D	2.83	3.27	-2.149	.040
Par 8	PR8A - PR8D	3.00	3.70	-3.175	.004
Par 9	PR9A - PR9D	1.80	1.30	2.347	.026
Par 10	PR10A - PR10D	1.30	1.07	1.882	.070
Par 11	PR11A - PR11D	1.20	1.07	1.682	.103
Par 12	PR12A - PR12D	1.40	1.03	2.164	.039
Par 13	PR13A - PR13D	1.10	1.03	.701	.489
Par 14	PR14A - PR14D	1.37	1.23	.941	.354
Par 15	PR15A - PR15D	1.40	1.20	1.649	.110
Par 16	PR16A - PR16D	1.57	1.27	1.874	.071
Par 17	PR17A - PR17D	1.33	1.10	1.564	.129
Par 18	PR18A - PR18D	2.50	2.77	-.779	.442
Par 19	PR19A - PR19D	2.97	2.17	3.188	.003
Par 20	PR20A - PR20D	3.13	2.40	2.233	.033
Par 21	PR21A - PR21D	2.90	3.03	-.597	.555
Par 22	PR22A - PR22D	2.93	3.00	-.223	.825
Par 23	PR23A - PR23D	1.13	1.23	-.722	.476

		MEDIA		t	SIG. BILATERAL
		PRE	POST		
Par 24	PR24A - PR24D	1.17	1.20	-.328	.745
Par 25	PR25A - PR25D	1.27	1.13	.724	.475
Par 26	PR26A - PR26D	1.40	1.03	2.257	.032
Par 27	PR27A - PR27D	1.23	1.17	.421	.677
Par 28	PR28A - PR28D	1.43	1.13	2.068	.048
Par 29	PR29A - PR29D	1.67	2.20	-3.247	.003

Tabla 4.11

Cotejo del porcentaje valido del cuestionario sobre percepción de riesgos. Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

FRECUENCIAS		PRE EVALUACIÓN					POST EVALUACIÓN				
Tipo de respuesta		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Par 1	PR1A - PR1D	0	80.0	10.0	3.3	6.7	0	90.0	6.7	3.3	0
Par 2	PR2A - PR2D	0	73.3	10.0	6.7	10.0	0	86.7	10.0	3.3	0
Par 3	PR3A - PR3D	0	76.7	13.3	6.7	3.3	0	86.7	13.3	0	0
Par 4	PR4A - PR4D	0	76.7	13.3	3.3	6.7	0	66.7	13.3	3.3	6.7
Par 5	PR5A - PR5D	0	56.7	13.3	3.3	26.7	0	20.0	10.0	13.3	56.7
Par 6	PR6A - PR6D	0	30.0	30.0	10.0	30.0	0	20.0	10.0	6.7	63.3
Par 7	PR7A - PR7D	0	26.7	13.3	10.0	50.0	0	20.0	0	13.3	66.7
Par 8	PR8A - PR8D	3.3	20.0	13.3	0	63.3	0	6.7	0	10.0	83.3
Par 9	PR9A - PR9D	3.3	63.3	6.7	3.3	23.3	0	80.0	13.3	3.3	3.3
Par 10	PR10A - PR10D	0	76.7	20.0	0	3.3	0	93.3	6.7	0	0
Par 11	PR11A - PR11D	0	90.0	3.3	3.3	3.3	0	96.7	0	3.3	0
Par 12	PR12A - PR12D	0	96.7	3.3	0	0	0	80.0	6.7	6.7	6.7
Par 13	PR13A - PR13D	0	3.3	86.7	6.7	3.3	0	96.7	3.3	0	0
Par 14	PR14A - PR14D	0	73.3	20.0	3.3	3.3	0	76.7	23.3	0	0
Par 15	PR15A - PR15D	0	70.0	20.0	10.0	0	0	83.3	13.3	3.3	0
Par 16	PR16A - PR16D	0	60.0	26.7	10.0	3.3	0	80.0	16.7	0	3.3
Par 17	PR17A - PR17D	0	83.3	6.7	3.3	6.7	0	90.0	10.0	0	0
Par 18	PR18A - PR18D	0	36.7	20.0	0	43.3	0	33.3	10.0	3.3	53.3
Par 19	PR19A - PR19D	0	23.3	10.0	13.3	53.3	3.3	46.7	13.3	3.3	33.3
Par 20	PR20A - PR20D	3.3	13.3	10.0	13.3	60.0	3.3	36.7	13.3	10.0	36.7
Par 21	PR21A - PR21D	3.3	23.3	6.7	13.3	53.3	0	20.0	10.0	16.7	53.3

FRECUENCIAS		PRE EVALUACIÓN					POST EVALUACIÓN				
Tipo de respuesta		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Par 22	PR22A - PR22D	0	26.7	6.7	13.3	53.3	3.3	6.7	26.7	13.3	50.0
Par 23	PR23A - PR23D	0	86.7	13.3	0	0	3.3	80.0	10.0	3.3	3.3
Par 24	PR24A - PR24D	0	83.3	16.7	0	0	0	86.7	10.0	0	3.3
Par 25	PR25A - PR25D	0	86.7	6.7	0	6.7	3.3	86.7	3.3	6.7	0
Par 26	PR26A - PR26D	0	80.0	10.0	0	10.0	3.3	90.0	6.7	0	0
Par 27	PR27A - PR27D	0	83.3	10.0	6.7	0	3.3	83.3	10.0	0	3.3
Par 28	PR28A - PR28D	0	73.3	13.3	10.0	3.3	3.3	83.3	10.0	3.3	0
Par 29	PR29A - PR29D	0	50.0	26.7	6.7	16.7	6.7	43.3	16.7	13.3	20.0

Los tipos de respuesta corresponden a: 0 – no contestó, 1 – nunca, 2 – algunas veces, 3 – con frecuencia, 4 – siempre.

Los resultados con diferencias estadísticamente significativos (Figura 4.6) indican que después de la impartición del taller los adolescentes adquirieron las herramientas necesarias para aumentar su capacidad en la identificación de elementos generadores de problemas entre ellos y su entorno social inmediato; así como para tomar decisiones en lo concerniente al consumo de alcohol inducidos por los amigos y reconocer que no es necesario ingerir sustancia psicoactiva alguna para pasar un buen rato con ellos; al contrario de lo que les dicen, su consumo cambia su estado de ánimo de tal forma que les ocasiona problemas en sus relaciones interpersonales, va degradando su integridad física y mental con el paso del tiempo ocasionándoles desintegración social a corto, mediano y largo plazo; así mismo perjudica la comunicación y la relación con su familia, generando un ambiente tenso, de desconfianza y delincuencia en el seno familiar; aumento la percepción del riesgos al considerar el consumo de las sustancias psicoactivas como fuera de lo normal en cualquier etapa de su vida, específicamente en la etapa de adolescencia ya que provocan daños irreversibles, debido a que al estar intoxicados pueden lesionarse o lesionar seriamente a otros hasta el punto de tener la vida de por medio; por otro lado, el consumo puede salirse de su control y llevarlos a la adicción, provocándoles serios problemas personales, familiares y sociales, cortando su proyecto de vida.

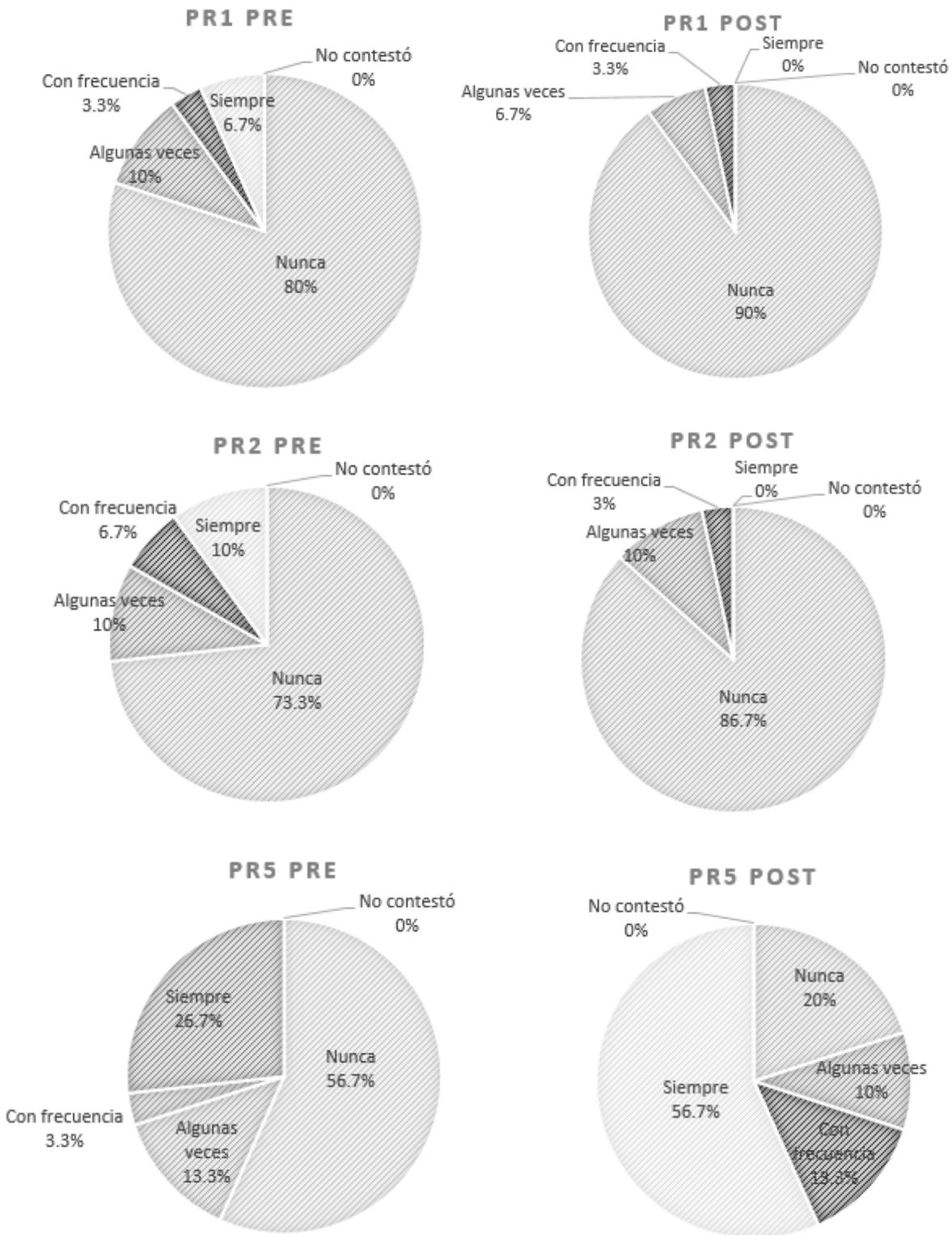


Figura 4.6 .Comparación de respuestas PRE y POST con diferencias estadísticamente significativas del cuestionario sobre percepción de riesgos, en términos de porcentaje valido. Taller “Prevención de Consumo de Sustancias Psicoactivas” (Excel 2013).

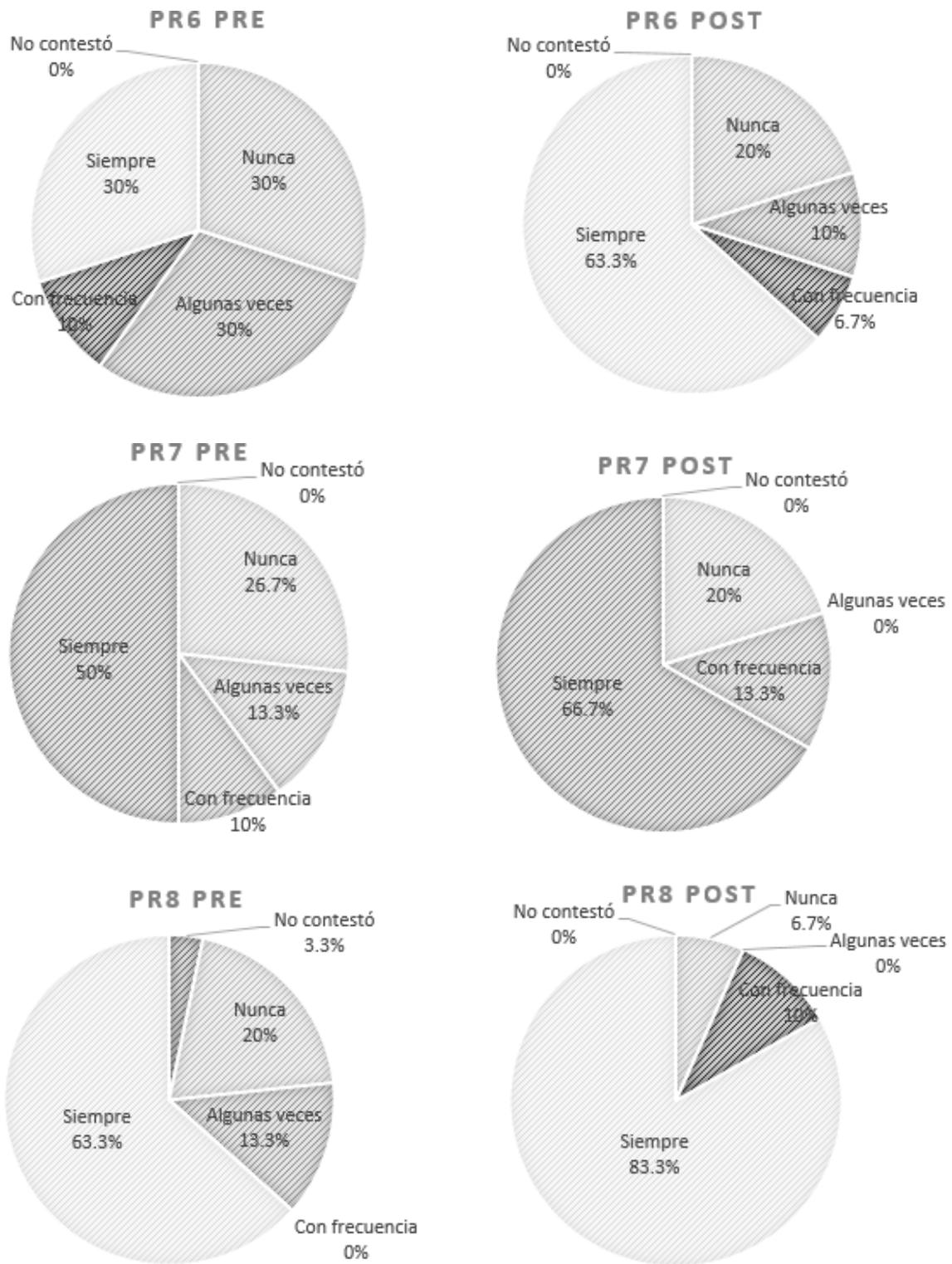


Figura 4.6. (Continuación) Comparación de respuestas PRE y POST con diferencias estadísticamente significativas del cuestionario sobre percepción de riesgos, en términos de porcentaje válido. Taller “Prevención de Consumo de Sustancias Psicoactivas” (Excel 2013).

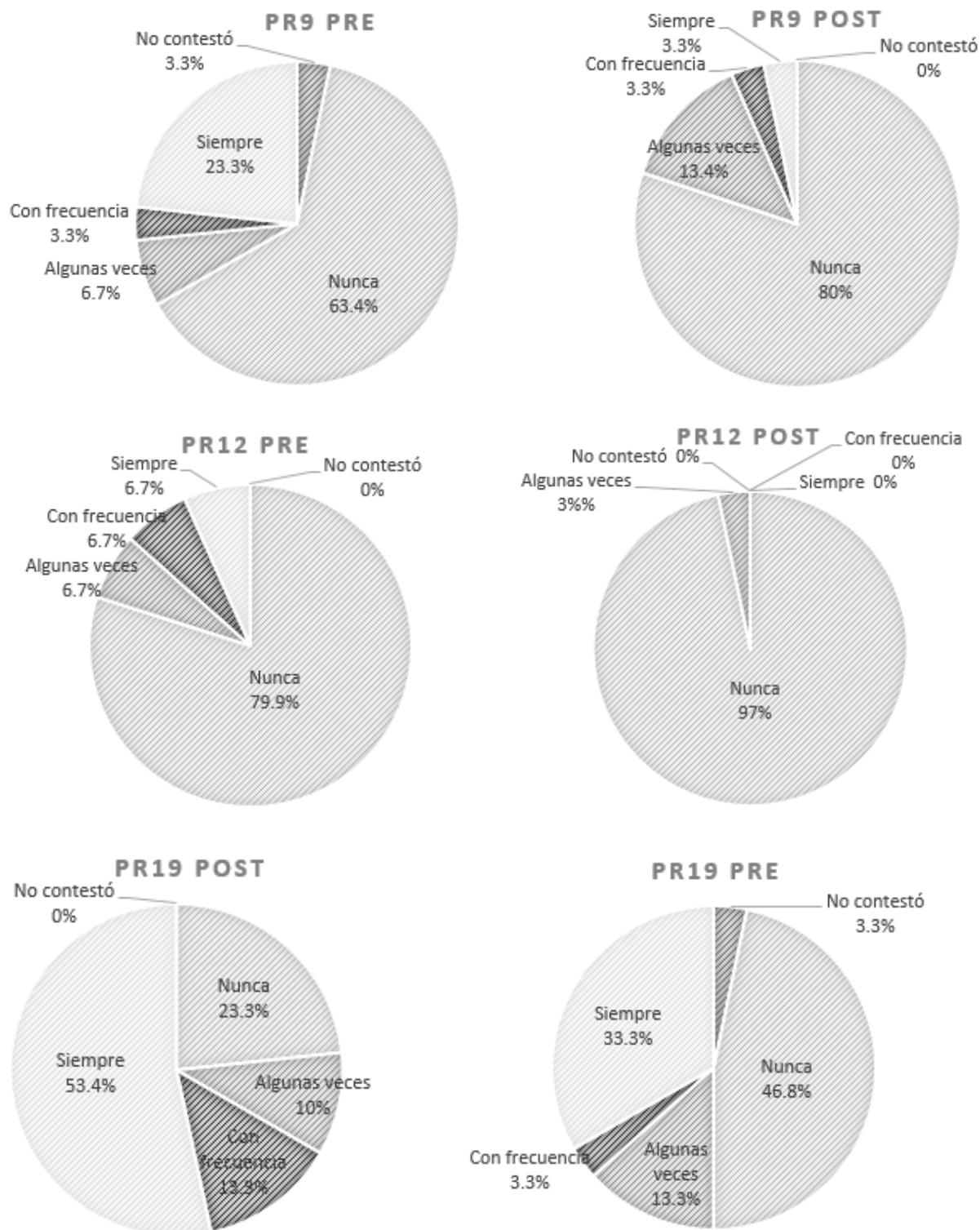


Figura 4.6. (Continuación) Comparación de respuestas PRE y POST con diferencias estadísticamente significativas del cuestionario sobre percepción de riesgos, en términos de porcentaje valido. Taller “Prevención de Consumo de Sustancias Psicoactivas” (Excel 2013).

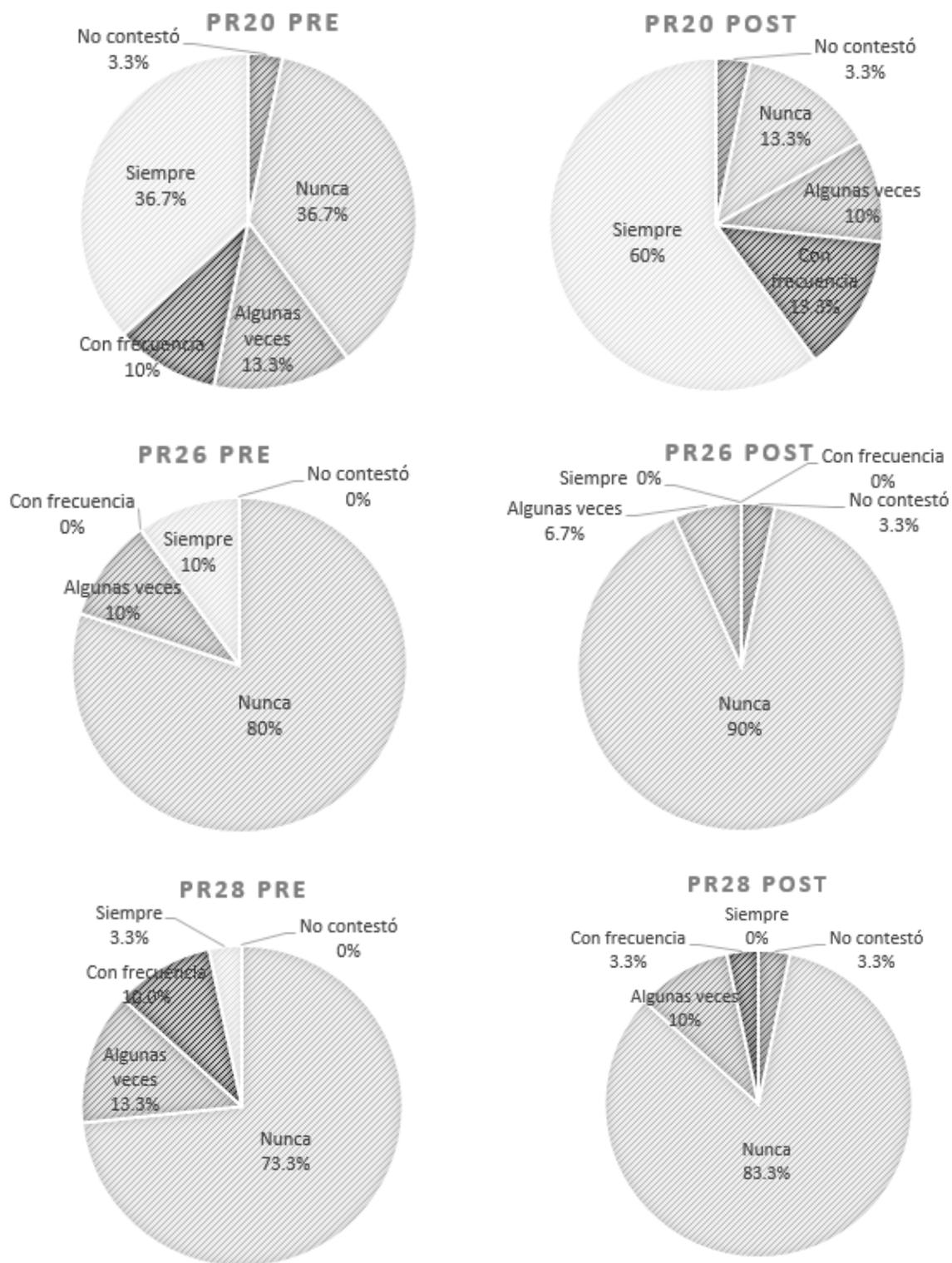


Figura 4.6. (Continuación) Comparación de respuestas PRE y POST con diferencias estadísticamente significativas del cuestionario sobre percepción de riesgos, en términos de porcentaje valido. Taller “Prevención de Consumo de Sustancias Psicoactivas” (Excel 2013).

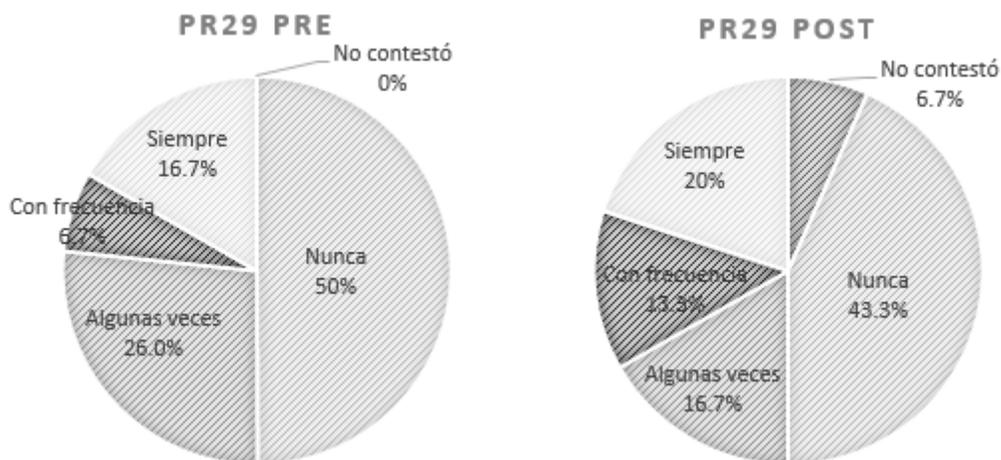


Figura 4.6. (Continuación) Comparación de respuestas PRE y POST con diferencias estadísticamente significativas del cuestionario sobre percepción de riesgos, en términos de porcentaje valido. Taller “Prevención de Consumo de Sustancias Psicoactivas” (Excel 2013).

En relación al tema de la publicidad los adolescentes tienen muy introyectadas las campañas publicitarias del Gobierno de la Ciudad de México, ellos excluyen de las adicciones las bebidas alcohólicas y el tabaco; por lo que se hace necesario trabajar el tema de la publicidad diferenciando entre publicidad comercial (televisión, radio, revistas y periódicos) y publicidad preventiva (campañas gubernamentales y de algunas organizaciones) de tal forma que adquieran la capacidad de análisis. Los resultados también indican que los estudiantes son más competentes en el tema de autoestima, al identificar sus habilidades, recursos y cualidades como herramientas para valorar su apariencia personal y la imagen que presentan ante los demás; así, como para establecer una relación sentimental.

Es evidente que los adolescentes son capaces de reorientar su forma de pensar; esta afirmación se basa en el hecho de que la mayoría de ellos contestó como se esperaba; sin embargo, es necesario reforzar los criterios de discriminación para considerar el consumo de sustancias como factor de riesgo; se debe hacer hincapié en la realidad que por lo general una persona bajo la influencia de sustancias psicoactivas no es consciente de sus actos, presenta disminución en su capacidad de responder adecuadamente ante los estímulos de su entorno, poniéndola en desventaja frente al resto de la población, y que no todos los organismos reaccionan de igual forma a la misma sustancia ni a la misma dosis, por lo que el daño generado puede ser muy alto.

4.1.2.3 Cuestionario sobre consumo de alcohol, CA

En la Tabla 4.12 se muestran las diferencias entre las medias de las evaluaciones previa y posterior a la impartición del taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” del cuestionario sobre consumo de alcohol, obtenidas mediante la prueba “t” para muestras relacionadas.

Tabla 4.12

Prueba “t” para muestras relacionadas de los reactivos correspondientes al cuestionario sobre consumo de alcohol aplicado en el taller “Prevención del Consumo de Sustancias psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

		MEDIA		t	SIG. BILATERAL
		PRE	POST		
Par 1	CA1A - CA1D	1.33	1.17	1.980	.057
Par 2	CA2A - CA2D	1.70	1.53	1.306	.202
Par 3	CA3A - CA3D	1.80	1.80	.000	1.000
Par 4	CA4A - CA4D	1.97	1.77	2.693	.012
Par 5	CA5A - CA5D	2.00	1.87	2.112	.043
Par 6	CA6A - CA6D	0.77	0.63	.812	.423
Par 7	CA7A - CA7D	0.63	0.97	-2.163	.039
Par 8	CA8A - CA8D	1.07	1.23	-.623	.538
Par 9	CA9A - CA9D	5.33	6.37	-1.040	.307

Las medias del reactivo CA1 se localizan alrededor de 1, esto indica que los adolescentes han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida. Al analizar con más detalle el consumo de alcohol se registró un menor porcentaje de consumo antes de la impartición del taller, 66.6%, en comparación con 83.4% al finalizarlo. En la PRE evaluación el 46.6% de los hombres reporta haber consumido alcohol. En la POST evaluación, con base en las respuestas de los adolescentes, se detectó que los consumidores de alcohol aumentaron; esto indica, tal vez, que los adolescentes no fueron sinceros al contestar la evaluación previa y que al considerar la confidencialidad de los datos en la evaluación posterior a la impartición del taller fueron más abiertos; sin embargo, también puede indicar que los adolescentes no adquirieron la capacidad para considerar las bebidas

alcohólicas como factor de riesgo para su salud y decidieron iniciar el consumo de alcohol o al menos probarlo (Tabla 4.13).

Tabla 4.13

Resultados en términos de porcentaje valido del reactivo CA1 “Alguna vez has consumido bebidas alcohólicas (cerveza, tequila, pulque, etc.)”. Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

EDAD (AÑOS)	PRE						POST					
	11		12		13		11		12		13	
HA CONSUMIDO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SEXO	% VALIDO											
HOMBRE	3.3	3.3	40.0	3.3	3.3	3.3	6.7	0.0	36.6	6.7	6.7	0.0
MUJER	3.3	6.7	13.5	16.7	3.3	0.0	10.0	0.0	20.0	10.0	3.3	0.0
TOTAL	6.6	10.0	53.5	20.0	6.6	3.3	16.7	0.0	56.6	16.7	10.0	0.0
SI	46.6%						50.0%					
MUJER	20.1%						33.3%					
NO	9.9%						6.7%					
MUJER	23.4%						10.0%					
SI	66.7%						83.3%					
NO	33.3%						16.7%					

En cuanto a la frecuencia con que los adolescentes consumen bebidas alcohólicas, al comparar las evaluaciones se observa que en la evaluación posterior a la impartición del taller se incrementó el número de adolescentes que dicen haber ingerido bebidas alcohólicas “durante el último año”, la estadística de consumo “durante el último mes” se mantuvo constante; sin embargo, los casos de ingestión “durante la última semana” y “ayer” aumentaron. Estos resultados indican que se tiene que seguir trabajando para lograr una reestructuración cognitiva con los adolescentes para que adquieran la capacidad para catalogar el consumo de bebidas alcohólicas como factor de riesgo para

su salud física y mental, sin importar lo que les digan dentro del seno familiar y círculo de amigos (Tabla 4.14).

Tabla 4.14

Frecuencia en porcentaje valido del consumo de bebidas alcohólicas obtenidas del cuestionario sobre consumo de alcohol del taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

DURANTE EL ÚLTIMO	PRE								POST								
	AÑO		MES		SEMANA		AYER		AÑO		MES		SEMANA		AYER		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
HA CONSUMIDO																	
SEXO	% VALIDO																
HOMBRE	20.0	36.7	16.7	40.0	3.3	53.4	0.0	56.7	33.3	23.3	16.7	40.0	20.0	36.7	10.0	46.7	
MUJER	10.0	33.3	3.3	40.0	0.0	43.3	0.0	43.3	13.4	30.0	3.3	40.0	3.3	40.0	3.3	40.0	
TOTAL	30.0	70.0	20	80.0	3.3	96.7	0.0	100.0	46.7	53.3	20.0	80.0	23.3	76.7	13.3	46.7	

En lo que se refiere a la frecuencia y la cantidad de bebidas alcohólicas que ingieren los adolescentes se encontró que en ambas evaluaciones no se registraron casos de consumo diario. Después de la impartición del taller no se registró consumo en “algunas copas a la semana”. En la evaluación previa el mayor porcentaje de consumo de “algunas copas al año” y de “algunas copas a la semana” corresponde a los hombres con un 30% y 6.7% respectivamente. En la POST evaluación se sigue observando el mayor porcentaje de consumo en los hombres tanto de “algunas copas al año” como de “algunas copas al mes”; el porcentaje de mujeres que no contestó disminuyó, pero aumentó el de consumo de “algunas copas al año”. Probablemente aquellos que en un principio no contestaron, al finalizar el taller fueron más cooperativos al contestar y eso produce que las respuestas afirmativas se incrementen, de igual forma es necesario seguir trabajando sobre el tema para que los adolescentes sean responsables de sus actos y eviten arriesgar su salud (Tabla 4.15).

Tabla 4.15

Resultados en términos de porcentaje valido del reactivo CA6 “¿Qué tan seguido tomas alcohol?”. Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

% Valido		No contestó	Algunas copas al año	Algunas copas al mes	Algunas copas a la semana	Todos los días
Aplicación						
PRE	HOMBRE	16.7	30.0	3.3	6.7	0.0
	MUJER	26.6	13.4	3.3	0.0	0.0
	TOTAL	43.3	43.4	6.6	6.7	0.0
POST	HOMBRE	23.3	26.7	6.7	0.0	0.0
	MUJER	20.0	23.3	0.0	0.0	0.0
	TOTAL	43.3	50.0	6.7	0.0	0.0

De los adolescentes que reportaron consumir alcohol (Tabla 4.16); después de la impartición del taller disminuyó el porcentaje de quienes no contestaron por lo que aumentó el porcentaje de aquellos que ingieren “de cuatro a seis copas” y “más de seis copas” cuando toman bebidas alcohólicas, registrando el mayor porcentaje entre los varones, aun cuando el número de mujeres también aumentó en estas respuestas.

Tabla 4.16

Resultados en términos de porcentaje valido del reactivo CA7 “Cuando bebes alcohol ¿Cuántas copas son?”. Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

% Valido		No contestó	De una a tres copas	De cuatro a seis copas	Más de seis copas
Aplicación					
PRE	HOMBRE	20.0	33.3	3.3	0.0
	MUJER	26.7	13.4	0.0	3.3
	TOTAL	46.7	46.7	3.3	3.3
POST	HOMBRE	16.7	26.7	10.0	3.3
	MUJER	16.7	16.6	6.7	3.3
	TOTAL	33.4	43.3	16.7	6.6

Con base en lo comentado por los adolescentes acerca de la cultura de la ingesta de bebidas alcohólicas en las familias de origen, se necesita trabajar no sólo con los adolescentes sino también con los padres para hacer consciencia de los riesgos a los que están expuestos los chicos con el consumo de bebidas alcohólicas en esta etapa de su vida.

El consumo de bebidas alcohólicas entre los adolescentes está dirigido en un mayor porcentaje a la cerveza, tanto en hombres como en mujeres, antes y después del taller (Tabla 4.17). En ambas evaluaciones el segundo lugar de consumo entre los varones lo ocupan los destilados; con respecto a las mujeres el vino tinto ocupó el segundo lugar en la evaluación previa, pero después del taller los destilados se sitúan en esta posición.

Tabla 4.17

Resultados en términos de porcentaje valido del tipo de bebidas alcohólicas que usualmente consumen los adolescentes. Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

Aplicación		% Valido	No contestó	Cerveza	Vino tinto	Destilados (tequila, vodka, etc.)	Bebidas mezcladas
PRE	HOMBRE	16.7	20.0	3.3	13.3	3.3	
	MUJER	23.3	13.4	6.7	0.0	0.0	
	TOTAL	40.0	33.4	10.0	13.3	3.3	
POST	HOMBRE	16.7	23.3	0.0	10.0	6.7	
	MUJER	16.6	16.7	3.3	6.7	0.0	
	TOTAL	33.3	40.0	3.3	16.7	6.7	

En lo que se refiere a la edad de inicio de la ingesta de bebidas alcohólicas, en la PRE evaluación se obtiene el dato de 10 años como predominante con 20% en distribución general; al discriminar por sexo, la edad de inicio de ingesta en mujeres es de 10 años y 11 años para los hombres. Después de la impartición del taller, principalmente disminuyó la cantidad de adolescentes que no contestó y cambió la edad de inicio de ingesta, ahora la edad predominante es 11 años en general, al analizar por sexo se registró la misma edad para ambos (Tabla 4.18).

Tabla 4.18

Resultados en porcentaje valido de la edad de inicio de la ingesta de bebidas alcohólicas. Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

Aplicación	% Valido	EDAD (AÑOS)							
		No contestó	6	7	8	9	10	11	12
PRE	HOMBRE	20.0	0.0	6.7	0.0	0.0	10.0	13.3	6.7
	MUJER	26.6	0.0	0.0	0.0	6.7	10.0	0.0	0.0
	TOTAL	46.6	0.0	6.7	0.0	6.7	20.0	13.3	6.7
POST	HOMBRE	13.4	3.3	6.7	0.0	0.0	13.4	16.6	3.3
	MUJER	23.3	0.0	0.0	3.3	0.0	3.3	6.7	6.7
	TOTAL	36.7	3.3	6.7	3.3	0.0	16.7	23.3	10.0

4.1.2.4 Cuestionario sobre consumo de tabaco, CT

En la tabla 4.19 se muestra las diferencias entre las medias de las evaluaciones previa y posterior al taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” de la aplicación del cuestionario sobre consumo de tabaco, obtenidas mediante la prueba “t” para muestras relacionadas.

Tabla 4.19

Prueba “t” para muestras relacionadas del cuestionario sobre consumo de tabaco, CT. Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

		MEDIA		t	SIG. BILATERAL
		PRE	POST		
Par 1	CT1A - CT1D	1.87	1.80	.701	.489
Par 2	CT2A - CT2D	1.93	1.90	.441	.662
Par 3	CT3A - CT3D	1.97	1.93	.571	.573
Par 4	CT4A - CT4D	1.00	1.93	1.439	.161
Par 5	CT5A - CT5D	2.00	1.97	1.000	.326
Par 6	CT6A - CT6D	1.43	1.90	-.479	.636

La media en ambas evaluaciones para el reactivo CT1 se puede redondear a 2, lo que corresponde a una respuesta negativa (Tabla 4.20).

Tabla 4.20

Resultados en términos de porcentaje valido del reactivo CT1, “Alguna vez has consumido tabaco”. Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

EDAD (AÑOS)	PRE						POST							
	11		12		13		11		12		13			
HA CONSUMIDO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
SEXO	% VALIDO													
HOMBRE	0.0	6.7	3.3	40.0	0.0	6.7	0.0	6.7	13.4	30.0	3.3	3.3		
MUJER	0.0	10.0	6.7	23.3	3.3	0.0	0.0	10.0	0.0	30.0	3.3	0.0		
TOTAL	0.0	16.7	10.0	63.3	3.3	6.7	0.0	16.7	13.4	60.0	3.6	3.3		
SI	HOMBRE		3.3%				16.7%				MUJER		3.3%	
NO	HOMBRE		53.4%				40%				MUJER		40.0%	
	SI		13.3%				20.0%				NO		86.7%	
	NO		86.7%				80.0%							

En la primera evaluación las mujeres de 12 años son las que presentan el mayor porcentaje entre quienes han consumido tabaco; después de la impartición del taller los hombres de 12 años son quienes ocupan este lugar. En la evaluación posterior a la impartición del taller se observa que entre los hombres aumentó el porcentaje de quienes contestaron haber consumido tabaco: “durante el último año” de 3.3% a 10.0%, “durante el último mes” de 3.3% a 6.7%, “durante la última semana” de 0.0% a 6.7%, en la respuesta “ayer” de 0.0% a 3.3%. En el caso de las mujeres no se registró consumo de tabaco después de la impartición del taller (Tabla 4.21). Nuevamente, como comentaban

los adolescentes, para algunos padres el hecho de ingerir bebidas alcohólicas y fumar tabaco es normal y bien visto por la sociedad; de hecho, en algunos casos son los mismos padres o familiares quienes facilitan la iniciación de esta práctica; por lo que es importante y necesario impartir, también, este tipo de talleres a los padres de los adolescentes y hacer consciencia de los riesgos y consecuencias a los que están expuestos sus hijos. La edad a la que los adolescentes consumieron tabaco por primera vez se registra en la Tabla 4.22.

Tabla 4.21

Frecuencia en porcentaje valido de consumen tabaco. Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

DURANTE EL ÚLTIMO HA CONSUMIDO	PRE								POST							
	AÑO		MES		SEMANA		AYER		AÑO		MES		SEMANA		AYER	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SEXO	% VALIDO															
HOMBRE	3.3	53.4	3.3	53.4	0.0	56.7	0.0	56.7	10.0	46.7	6.7	50.0	6.7	50.0	3.3	53.4
MUJER	3.3	40.0	0.0	43.3	0.0	43.3	0.0	43.3	0.0	43.3	0.0	43.3	0.0	43.3	0.0	43.3
TOTAL	6.6	93.4	3.3	96.7	0.0	100.0	0.0	100.0	10.0	90.0	6.7	93.3	6.7	93.3	3.3	96.7

Tabla 4.22

Resultados en términos de porcentaje valido de la edad de inicio de consumo de tabaco. Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

Aplicación	% Valido	EDAD (AÑOS)				
		No contestó	10	11	12	13
PRE	HOMBRE	53.4	0.0	3.3	0.0	0.0
	MUJER	33.3	6.7	0.0	3.3	0.0
	TOTAL	86.7	6.7	3.3	3.3	0.0
POST	HOMBRE	43.4	6.7	0.0	3.3	3.3
	MUJER	40.0	0.0	0.0	3.3	0.0
	TOTAL	83.4	6.7	0.0	6.6	3.3

Antes de la impartición del taller se obtiene el dato predominante de 10 años en mujeres y 11 años en los varones. Después de la impartición del taller disminuyó el porcentaje de hombres que no contestaron, de tal forma que la edad de “consumo por primera vez” cambio a 10 años con 6.7% en varones consumidores; para las adolescentes aumentó el porcentaje de quienes no contestaron, así que la edad de “primera vez de consumo” se registró en los 12 años con 3.3%.

4.1.2.5 Cuestionario sobre consumo de marihuana, CM

En la Tabla 4.23 se muestra las diferencias entre las medias de las evaluaciones de las respuestas al cuestionario sobre consumo de marihuana, previa y posterior al taller de “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”, obtenidas a través de la prueba “t” para muestras relacionadas.

La media de las respuestas tanto en la PRE como en la POST evaluación para todos los reactivos se encuentra alrededor de 2 lo cual corresponde a “NO”; esto es, prácticamente la mayoría de los adolescentes dice no consumir y/o no haber consumido marihuana alguna vez en su vida. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de algún reactivo de este cuestionario.

Tabla 4.23

Prueba “t” para muestras relacionadas, de los reactivos correspondientes al cuestionario sobre consumo de marihuana aplicado en el taller “Prevención del Consumo de Sustancias psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

		MEDIA		t	SIG. BILATERAL
		PRE	POST		
Par 1	CM1A - CM1D	1.93	1.87	1.439	.161
Par 2	CM2A - CM2D	1.93	1.87	1.439	.161
Par 3	CM3A - CM3D	2.00	1.93	1.439	.161
Par 4	CM4A - CM4D	2.00	1.97	1.000	.326
Par 5	CM5A - CM5D	1.97	1.97	0.000	1.000
Par 6	CM6A - CM6D	0.67	1.50	-1.438	.161

En la Tabla 4.24 se registran los resultados en porcentaje valido de las respuestas de los adolescentes otorgadas al reactivo CM1, donde se muestra que en la primera evaluación el 6.7% de mujeres de 12 años habían consumido marihuana, al realizar la evaluación posterior al taller se obtiene que el 3.3% de hombres de 12 años y el 3.3% de hombres de 13 años han consumido marihuana alguna vez en su vida, conservándose el 6.7% de las mujeres de 12 años que han consumido marihuana alguna vez.

Tabla 4.24

Resultados en términos de porcentaje valido del reactivo CM1 “¿Alguna vez has consumido marihuana?”. Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

EDAD (AÑOS)	PRE						POST						
	11		12		13		11		12		13		
HA CONSUMIDO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
SEXO	% VALIDO												
HOMBRE	0.0	6.7	0.0	43.3	0.0	6.7	0.0	6.7	3.3	40.0	3.3	3.3	
MUJER	0.0	10.0	6.7	23.3	0.0	3.3	0.0	10.0	6.7	23.4	0.0	3.3	
TOTAL	0.0	16.7	6.7	66.6	0.0	10.0	0.0	16.7	10.0	63.4	3.3	6.6	
SI	HOMBRE	0.0%						6.6%					
	MUJER	6.7%						6.7%					
NO	HOMBRE	56.7%						50.0%					
	MUJER	36.6%						36.7%					
SI	6.7%						13.3%						
NO	93.3%						86.7%						

En principio, los casos de consumo no se incrementaron en las mujeres, en lo que se refiere a varones se presentó un aumento de 0% a 6.6% de acuerdo a los resultados cuantitativos. Sin embargo, a lo largo del taller se presentaban conversaciones por parte de los adolescentes, en especial de los hombres, que dejaban ver que consumían desde antes de iniciar el taller; por otro lado, también se comentó el consumo por invitación de hermanos, primos, amigos, algunos chicos lo referían como una experiencia desagradable mientras que otros como algo intrascendente “no pasa nada”. De cualquier

forma, lo destacable es, que al menos los resultados en papel indican que el 86.7% de los adolescentes no dio lugar al consumo de marihuana después del taller.

La frecuencia en porcentaje valido del consumo de marihuana en los adolescentes se muestra en la Tabla 4.25. Como se observa en la evaluación previa al taller el 6.7% de las mujeres consumió marihuana durante el último año, de las cuales el 3.3% realizó el consumo un día antes de la aplicación del cuestionario. Después de la impartición del taller el 6.7% de las mujeres afirmó haber consumido marihuana durante el último año pero ya no continuó el consumo; en el caso de los hombres, se incrementó de 0.0% a 6.7% durante el último año, este porcentaje se conservó para “durante el último mes”, disminuyendo a 3.3% para “durante la última semana” y para el consumo de “ayer”.

Tabla 4.25

Frecuencia en porcentaje valido del consumo de marihuana. Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

DURANTE EL ÚLTIMO HA CONSUMIDO	PRE								POST							
	AÑO		MES		SEMANA		AYER		AÑO		MES		SEMANA		AYER	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SEXO	% VALIDO															
HOMBRE	0.0	56.7	0.0	56.7	0.0	56.7	0.0	56.7	6.7	50.0	6.7	50.0	3.3	53.4	3.3	53.4
MUJER	6.7	36.6	0.0	43.3	0.0	43.3	3.3	40.0	6.7	36.7	0.0	43.3	0.0	43.3	0.0	43.3
TOTAL	6.7	93.3	0.0	100	0.0	100	3.3	96.7	13.3	86.7	6.7	83.3	3.3	96.7	3.3	96.7

El porcentaje de adolescentes consumidores es mínimo; para ellos es necesario cambiar el tipo de intervención, ya que el taller está orientado a la prevención del consumo; como bien decía uno de los chicos “no es fácil dejar la adicción cuando ya la tienes; además, los que te venden la droga, no te dejan salir, te buscan para que les compres, si no les compras te amenazan y te golpean, ya no te dejan salir, por eso no es bueno comprarles para que te dejen en paz, comprando una vez ya te enganchaste, y te pierdes”.

En lo que respecta a la edad de inicio de consumo de marihuana por parte de los adolescentes se obtiene que el 6.7% de las mujeres comenzaron a consumir a los 10 años, mientras que entre los hombres el 3.3% comenzó a los 12 años y el 3.3% a los 13 años, estos datos se pueden ver en la Tabla 4.26.

Tabla 4.26

Resultados en términos de porcentaje valido de la edad de inicio de consumo de marihuana. Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” (IBM SPSS Statistics 24).

% Valido		EDAD (AÑOS)				
		No contestó	10	11	12	13
PRE	HOMBRE	56.7	0.0	0.0	0.0	0.0
	MUJER	36.6	6.7	0.0	0.0	0.0
	TOTAL	93.3	6.7	0.0	0.0	0.0
POST	HOMBRE	50.0	0.0	0.0	3.3	3.3
	MUJER	36.7	6.7	0.0	0.0	0.0
	TOTAL	86.7	6.7	0.0	3.3	3.3

A través de los resultados se infiere que durante el tiempo en que se impartió el taller, las adolescentes adquirieron la capacidad para discriminar las herramientas necesarias de los valores para la vida para distinguir el consumo de marihuana como factor de riesgo para su salud debido a que prácticamente no se presentó consumo; a excepción de los hombres ya que el porcentaje de consumo aumentó de 0% a 6.7%, probablemente se deba a la influencia de su entorno social inmediato, que por referencia de los mismos adolescentes son inducidos a probar por amigos, primos o hermanos.

Un dato significativo es el alto porcentaje de adolescentes que no contestó el reactivo, como se aprecia en la Tabla 4.26 en la pre evaluación más del 50 % de los varones no lo hizo, aun cuando hubo mayor participación en la post evaluación, la falta de respuesta sigue siendo muy alta. Entre las mujeres la ausencia de respuesta al reactivo prácticamente se mantuvo constante en ambas evaluaciones, siendo también un porcentaje elevado.

4.2 Resultados cualitativos

4.2.1 Avance del programa de Servicio Social registrado ante la UNAM

El programa de “Desarrollo de Habilidades para la Vida en Estudiantes de Secundaria” se ha impartido a los estudiantes desde 2011. La oportunidad que este programa brinda a los estudiantes de la Facultad de Psicología, ya sea como programa de formación profesional, programa de servicio social o tema de tesis, es enriquecedora tanto en lo personal como en lo profesional. Por lo comentado en las sesiones de capacitación cada semestre se registran avances en relación al mejoramiento del contenido de los talleres, las experiencias del grupo de facilitadores ante los grupos de estudiantes permite hacer modificaciones y valorar lo que se está implementando; por otro lado la retroalimentación como grupo de trabajo permite consensuar opiniones y emitir conclusiones para futuros talleres; las investigaciones bibliográficas y las propuestas de los facilitadores para mejora el programa, que forman parte de las actividades, ofrecen a los supervisores material para mejorar o adaptar los contenidos.

4.2.2 Impacto del trabajo del prestador a la Institución receptora

En cada sesión se trataba de integrar al grupo llamando su atención con las actividades y las exposiciones orales; tarea difícil ya que los estudiantes se mostraban inquietos; desde el inicio del taller se les mencionó que era un espacio abierto para ellos donde podían expresar confiadamente sus dudas, inquietudes y experiencias de vida, con el acuerdo previo, de respetar a cada uno de los participantes; la respuesta ante esta forma de trabajar fue satisfactoria, la mayoría de los adolescentes aportaba algo; por ejemplo, el desacuerdo, en un alto porcentaje, de aquellos quienes ven correcto el ingerir bebidas alcohólicas de cualquier tipo en eventos sociales para alegrar el ambiente, porque es la enseñanza que han recibido en el seno familiar, principalmente quienes son iniciados por los padres para realizar esta práctica; o aquellos que son compartidos por parte de hermanos, primos o amigos en el consumo de tabaco o drogas, dando a probar la sustancia para que muestren su madurez; también está el ejercer la sexualidad sin protección para conservar a la pareja o para contrariar las recomendaciones familiares;

pero no todo fue desacuerdo, se tuvo la participación de aquellos que comprendían los riesgos a que estaban expuestos y expresaban su cambio de pensar; también se hicieron oír aquellos que eran consumidores de sustancias psicoactivas para recomendar a sus compañeros lo que no se debe hacer, porque es un camino sin retorno, desde su punto de vista; otros compartieron historias de vida de vecinos, amigos y familiares quienes han tenido experiencias desagradables con sustancias adictivas o infecciones de transmisión sexual, y que en ocasiones han puesto en riesgo su integridad física e incluso les ha costado la vida.

Aquéllos que no prestaban atención se mostraban retadores y cuando se les preguntaba daban respuestas tales como: *“no sé”, “no puse atención”, “pregúntale a otro”*; no obstante a esta situación, la persistencia en preguntarles y tomarlos en cuenta para integrarlos al grupo, promovía el momento en que ponían atención para que se les dejara de preguntar, contestaban adecuadamente y afirmaban: *“Ya ves como si pongo atención”, “ya ves como si sé”, “ya no me vas a preguntar”* e incluso *“ya puedo seguir haciendo lo que estaba haciendo, ya participe y si supe”*, otros se sinceraban y decían *“si pongo atención, me dejas terminar mi tarea”, “si participo puedo seguir haciendo esto”, “me das chance de terminar mi tarea, y luego pongo atención”*.

Aun cuando no se vio reflejado en los resultados cuantitativos la comprensión del uso de las herramientas ofrecidas en los talleres, algunos adolescentes manifestaron cambios en su forma de pensar, en su forma de actuar, en el deseo de modificar sus conductas o platicar lo aprendido con sus familias. Hubo quienes se acercaban a comentar inquietudes en forma individual, pero aclaraban que no querían que se hiciera público porque se avergonzaban de lo que les estaba sucediendo o de su forma de actuar y pensar, entendían que tenían que cambiar pero les era difícil aceptarlo. Otros entendían los conceptos pero no sabían cómo expresar sus opiniones y se frustraban, se molestaban y se desanimaban para participar. El contacto personal con los adolescentes ofreció más información que lo observado en el grupo; desafortunadamente el tiempo no es suficiente y las condiciones no son adecuadas para trabajar individualmente, sin embargo, el hecho de que hubo adolescentes que manifestaron haber aprovechado el taller y, además, lo demostraron, es satisfactorio.

4.2.3 Logros de los talleres

4.2.3.1 Taller “Sexualidad Adolescente”

En el Cuadro 4.1 se resumen los logros obtenidos en el taller “Sexualidad Adolescente”.

Cuadro 4.1

Resumen de logros obtenidos durante la impartición del taller “Sexualidad Adolescente”.

Unidad		Logros
	Presentación del taller	<ul style="list-style-type: none">• Se obtuvieron los acuerdos por parte de los alumnos para trabajar durante el taller.• Se exploró la definición de sexualidad que manejan los adolescentes, para consensuar en la propuesta para el taller, “la sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de toda la vida; incluye el sexo, las identidades y papeles sexuales, la orientación sexual, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vive y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, papeles y relaciones” (Rubio, 2010).• Se exploraron los cambios físicos, biológicos y psicológicos que aparecen en la etapa adolescente.
2.	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none">• Distinción entre mitos y realidades relacionados con la sexualidad, usando los conocimientos propios de los adolescentes.• Identificación de cambios (gustos, características físicas, emociones, etc.) desde los 5 años hasta la edad actual.• Fomentar el respeto a sí mismos a través de sus gustos y características propias, ya que representan un factor de protección.• Reconocimiento de la importancia de valorarse a sí mismos.
3.	Sensibilización sobre el ejercicio sexual de riesgo	<ul style="list-style-type: none">• Fomentar aceptación y respeto hacia los gustos personales y de los demás.• Identificación de sensaciones en las diferentes partes del cuerpo a través de la relajación progresiva.• Diferenciar el erotismo en la sexualidad de la sexualidad genitalizada.• Análisis de un caso para enfrentar la presión social.

Unidad		Logros
		<ul style="list-style-type: none"> • Uso de la técnica de solución de problemas como herramienta para la toma de decisiones en situaciones problemáticas personales.
4.	Desarrollo de la identidad sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciar los cambios físicos, sociales, emocionales, conductuales y cognitivos que se presentan en la etapa de adolescencia. • Exploración de las sensaciones que causan a cada adolescente dichos cambios. • Aclarar la importancia de la formación de vínculos afectivos. • Reconocer las diferentes etapas del amor. • Reconocer la importancia de trabajar en equipo.
5.	Sexo y género	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciación entre sexo y género. • Desmitificación de roles de género. • Fomentar el respeto a la orientación sexual.
6.	Infecciones de transmisión sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización de los riesgos a que conllevan las relaciones sexuales sin protección. • Dar a conocer las principales infecciones de transmisión sexual y la sintomatología de cada una de ellas. • Reflexionar sobre la importancia del uso del preservativo en el ejercicio de la sexualidad.
7.	Métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización de los riesgos asociados al embarazo adolescente. • Dar a conocer los principales métodos anticonceptivos, como funcionan y como usarlos. • Importancia de la negociación para el cuidado personal. • Importancia de la toma de decisiones para el cuidado personal.
8.	Embarazo adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización de las responsabilidades que conlleva el embarazo adolescente y las implicaciones de tener un hijo en esta etapa de su vida. • Reflexionar sobre que esperan de una vida sexual activa, si hay presión sexual como negociar con la pareja.
9.	Barreras de la sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre las implicaciones de la discriminación en general y asociada a las preferencias sexuales de cada individuo. • Sensibilización sobre la violencia en el noviazgo

4.2.3.2 Taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”

En el Cuadro 4.2 se resumen los logros obtenidos en el taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”.

Cuadro 4.2

Resumen de logros obtenidos durante la impartición del taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”.

Unidad		Logros
1.	Presentación del taller	<ul style="list-style-type: none">• Se obtuvieron los acuerdos por parte de los alumnos para trabajar durante el taller.• Diferenciación y reconocimiento de habilidades, recursos, cualidades y autocuidado.
2.	Identificación de emociones	<ul style="list-style-type: none">• Exploración de autoestima a través del autoconcepto.• Fortalecimiento del autoconcepto.• Diferenciación de emociones básicas (enojo, tristeza, ansiedad y felicidad)• Reconocimiento de emociones a nivel personal.
3.	Regulación emocional	<ul style="list-style-type: none">• Reflexionar sobre la autovaloración y las emociones que provoca las frases de elogio en su persona.• Reconocer la importancia de valorarse a sí mismos.• Identificación de situaciones que hacen surgir las diferentes emociones.• Identificación de la sensación de relajación a través de la respiración profunda.• Uso de autoinstrucciones positivas ante situaciones estresantes.
4.	Toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none">• Uso de la técnica de solución de problemas ante situaciones problemáticas.• Análisis de problemáticas personales para ejercitar la toma de decisiones.
5.	Trabajo en equipo	<ul style="list-style-type: none">• Reflexionar sobre el uso de la negociación para lograr objetivos.• Integración de equipos para lograr objetivos, aun cuando los miembros de los equipos no eran compatibles.• Comprender la importancia de trabajar en equipo.• Comprender que es más efectivo negociar para conseguir lo que se desea, en vez de agredir y pelear.• Promover el uso de la comunicación asertiva.

Unidad		Logros
6.	Desmitificación del consumo de drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición de los conocimientos que tienen los adolescentes acerca de las drogas. • Desmitificación sobre el consumo de drogas. • Comprender que para estar alegres o hacer amena una reunión no es necesario el consumo de alcohol. • Comprender que el efecto de sustancias psicoactivas no es el mismo en todas las personas; de tal forma que la misma dosis puede ocasionar un daño muy grave en una persona mientras que en otras no causa daño aparente.
7.	Conociendo las drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación de las drogas (estimulantes, depresoras y distorsionadoras). • Identificación de factores de riesgo y de protección ante el consumo de drogas. • Reflexionar acerca de que no importa el origen de las drogas o bebidas alcohólicas (natural o industrial) causan daño al organismo. • Reconocimiento de la importancia de los vínculos afectivos.
8.	Evolución del consumo de drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de las diferentes etapas de la evolución del comportamiento adictivo. • Reflexionar sobre las consecuencias del consumo de drogas. • Entrenamiento en asertividad para el rechazo de drogas.
9.	Riesgo del consumo de drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Profundizar sobre el daño que ocasiona el consumo de drogas. • Reflexionar sobre el efecto del consumo de drogas en cada organismo (no es el mismo). • Comprender que el efecto de las sustancias psicoactivas puede causar daños orgánicos irreversibles, incluso la muerte. • Reflexionar sobre el uso de la relajación a través de la respiración profunda en lugar del uso de sustancias adictivas para eliminar estrés.

4.2.4 Formación profesional obtenida como prestadora de servicio social

Desde mi punto de vista la impartición del taller es la parte medular del Programa de Servicio Social, la cual se llevó a cabo mediante exposiciones teóricas de cada una de las unidades del programa por parte de los facilitadores; cada exposición se apoyó con

diversas actividades lúdicas trabajando individualmente o en equipos; generalmente se les proporcionaba el material impreso a los estudiantes, pero también se les pedía que investigaran conceptos, hicieran preguntas a los adultos acerca de algún tema a tratar. Las sesiones fueron enriquecidas por la participación de los adolescentes, ya sea con su opinión, sus creencias, experiencias propias o de familiares, amigos y conocidos, exponiendo dudas o reafirmando conocimientos. En todo momento se procuró que los adolescentes comprendieran los conceptos y la forma en que podrían emplearlos en su vida cotidiana y a futuro. El Cuadro 4.3 contiene el resumen de la formación profesional obtenida como prestadora de servicio social impartiendo los talleres.

Cuadro 4.3

Resumen de actividades y formación profesional obtenida como prestadora de servicio social.

Actividad	Formación profesional
Observadora	<p>Mi papel era observar sin interactuar con alguien; sin embargo, al observar que el grupo 2º “D” era muy inquieto y retador me di a la tarea de interactuar con los adolescentes tanto como me era posible, de tal forma que logre ganarme la confianza de muchos de ellos para que externaran sus dudas y comentarios tanto de los temas como de lo que pensaban del taller y del equipo de facilitadores, lo hablaban a nivel individual y/o de forma grupal; muchas de las ocasiones los comentarios eran negativos hacia el equipo, ellos justificaban su sentir; había que corregir con argumentos válidos cuando estaban equivocados, pero también fue necesario validar sus opiniones cuando tenían razón; hubo quienes me permitieron entrar en su círculo cerrado de amigos y compartieron experiencias de vida que enriquecieron mi formación profesional y sirvieron para utilizar los valores para la vida como herramientas para mostrarles que ellos podían cambiar su forma de vida.</p> <p>En ocasiones los chicos se mostraban a la defensiva, sus barreras eran comentarios contradictorios a lo que se les exponían, su argumento: <i>“no nos gusta que nos digan que hacer, ya tenemos suficiente con que nuestros padres nos digan cómo hablar, vestir y comportarnos, como para que vengan ustedes y nos quieran cambiar”</i>, ante esta situación me involucraba en el equipo donde</p>

Actividad	Formación profesional
	<p>detectaba más resistencia y debatía con ellos, escuchando sus opiniones y pidiendo al líder del equipo que le diera la oportunidad a los demás miembros del equipo de exponer lo que pensaban, de esta forma se iban rompiendo barreras, los chicos se sentían tomados en cuenta y escuchados, les decía que todas las ideas eran valiosas y que con la colaboración de todos se podía formar una idea general para participar ante el grupo; al líder le pedía que se encargara de exponer ante el grupo como representante del equipo, haciéndolo sentir importante y validando su liderazgo, de tal manera que lograba “someter” al líder e integrar el equipo a través de la negociación.</p>
Observadora	<p>La observación fue una de las actividades claves para el manejo del grupo, ya que a través de ella identifiqué a los estudiantes: líderes, más participativos, más inquietos, los que querían pasar desapercibidos, a quienes ponían mayor atención, a quienes les interesaba el taller, a quienes realizaban actividades no relacionadas con el taller, a quienes se distraían con facilidad, a quienes se les dificultaba o facilitaba la realización de las actividades o el trabajo en equipo. También sirvió para identificar las actitudes que permitían continuar con las exposiciones y las que obstaculizaban el desempeño de las mismas; de tal forma que las observaciones se convirtieron en una herramienta para planear estrategias de trabajo. En cuanto al equipo de trabajo se identificaron errores y aciertos para retroalimentar y pulir asperezas, con la finalidad de mejorar en la siguiente sesión.</p>
Apoyo	<p>Con esta actividad aprendía a romper barreras generacionales con la mayoría de los facilitadores; al igual que los adolescentes, los jóvenes defienden su espacio e intentan imponer sus ideas y su manera de conducirse como profesionistas. La negociación con ellos es más difícil y en ocasiones (las mínimas) no hubo éxito; sin embargo, aprendí de ellos como viven su sexualidad, lo que piensan, como se comunican con sus padres (quienes lo hacen), como evaden responsabilidades y cómo actúan responsablemente. De cada anécdota, cada fantasía y cada experiencia de vida que compartían, mostraban un estilo de vida sexual similar a pesar de las diferencias socioeconómicas y culturales.</p>

Actividad	Formación profesional
Apoyo	<p>En cuanto a los talleres me adecuaba a las necesidades del responsable sin importar diferencias; esto me hizo madurar no solo como profesionista sino también como persona, al seguir ordenes, ser disciplinada o cediendo espacios, pero siempre sin descuidar la interacción con los adolescentes.</p>
Responsable	<p>La exposición de los temas me ayudó a reafirmar la confianza al hablar ante un grupo, el moverme de un lado a otro detectando quien ponía atención y quien no, además de establecer una comunicación asertiva con los adolescentes, permitió que agudizara mi atención, la observación periférica, la paciencia y el buscar un lenguaje adecuado.</p> <p>Para lograr un entendimiento con los adolescentes fue necesario usar vocabulario acorde a su edad y nivel académico, esto con la finalidad que los chicos comprendieran lo expuesto tanto de los temas como de las instrucciones para realizar las actividades complementarias. Constantemente les preguntaba si conocían determinados términos, se validaban conceptos, se aclaraban o completaban los conceptos para asegurar de estar hablando de lo mismo. Sin embargo, en cuanto al uso del vocabulario común entre los adolescentes, hubo quienes se manifestaron en desacuerdo, los comentarios se referían a no aceptar que personas de mayor edad que ellos hablaran como ellos. <i>“No somos tontos, creen que con hablarnos así nos van a comprar, ya están viejos, vienen a echarnos un choro para cobrar su sueldo y fingir que les interesamos, qué más da, hagan lo suyo y déjenos como estamos”</i>. Fue la observación de un “chico líder”, afortunadamente al aclararle que éramos voluntarios y que nadie nos pagaba por estar ahí exhortó a sus compañeros a poner atención afirmando: <i>“oigan no es como pensábamos, a estos no les pagan, si les interesamos, hay que poner atención”</i>.</p> <p>En cada tema expuesto, se realizaban preguntas para tener la certeza que los temas habían sido comprendidos por los adolescentes; pedía la participación de los chicos para que aportaran ejemplos de experiencias de vida, de tal forma que ellos relacionaban cada tema con la cotidianidad y confirmaban la utilidad del contenido del taller.</p>
Escucha activa	<p>En todo tiempo había que estar atenta a las intervenciones de los chicos, escuchando aportaciones significativas, quejas o críticas negativas hacia algún compañero. Sin importar el motivo de la intervención se retroalimentaban las</p>

Actividad	Formación profesional
Escucha activa	participaciones; se hacía hincapié en el respeto hacia los demás cuando se trataba de críticas negativas; se trataba de resolver dudas, cuando no se tenían las respuestas se les indicaba que en ese momento no se les podía responder pero que se investigaría el tema para discutirlo en la siguiente sesión. En algunas ocasiones los chicos pedían que se les resolvieran dudas de forma individual porque sentían vergüenza o se intimidaban al hacerlo públicamente; cuando eran temas de importancia para todo el grupo, en lo personal les pedía permiso para exponer la duda ante todo el grupo, la mayoría de las veces aceptaban.

En lo personal, la impartición de talleres me abrió el panorama en cuanto al comportamiento de los adolescentes en su ambiente escolar, pero también en su ambiente familiar y social; el estar en contacto con ellos me acercó más a su estilo de vida, a las problemáticas familiares y escolares, y la presión social a la que están sometidos. Cada una de sus experiencias de vida que compartían ante el grupo enriquecieron mi conocimiento de lo que les está tocando vivir como integrantes de la sociedad.

4.3 Conclusiones

Por las intervenciones de los adolescentes en cada sesión se observó que algunos de ellos aprovecharon el taller y estaban poniendo en práctica lo aprendido. Pero, aún falta mucho para romper paradigmas, ya que el ambiente en el que se desenvuelven muchos de ellos, no es el más adecuado; en muchos casos la familia funciona como un factor de riesgo y no como factor protector. Primos, hermanos e inclusive los mismos padres son quienes inician a los adolescentes en la ingesta de bebidas alcohólicas, consumo de tabaco o drogas e incluso en una vida sexual activa; la familia se convierte en el patrón de comportamiento a seguir y, más allá, proporcionan los recursos para instaurar la adicción. De aquí la importancia de continuar impartiendo este tipo de talleres no sólo a los adolescentes sino que es necesario e indispensable hacerlo extensivo a los padres de familia e inclusive en la comunidad para cumplir con el modelo ecológico de los determinantes de la salud y el desarrollo de los adolescentes propuesto por la Organización Mundial de la Salud.

Los talleres están diseñados para trabajarse en forma grupal; sin embargo es necesario que el equipo de facilitadores se dé a la tarea de supervisar de forma individual el desarrollo de las actividades, debido a que a la mayoría de los estudiantes les cuesta trabajo expresar sus opiniones ante el grupo por miedo a las burlas. El tener el contacto persona a persona permite que los adolescentes establezcan una relación de confianza con el facilitador, se sientan escuchados sin temor a ser rechazados o descalificados; de cierta manera este tipo de contacto permite al facilitador convertirse en un confidente, en el cual el adolescente deposita sus inquietudes, preocupaciones y “una porción” de su historia de vida, desfogando una pequeña carga de presión emocional; esta situación permite al facilitador usar los temas que integran el “Programa de Habilidades para la Vida” como herramientas para que el adolescente aumente sus capacidades para identificar los factores de riesgo y de protección que se le presentan en su diario vivir. Este tipo de relación con el adolescente proporciona el ambiente propicio para ofrecerle opciones con el contenido del taller para resolver sus problemas tomando en cuenta sus recursos y limitaciones.

En general los chicos fueron participativos; sin embargo, se hacía necesario recordar constantemente el respeto hacia los demás para generar confianza entre ellos, integrar a los menos participativos incitándoles a ser parte del grupo, a divertirse y a compartir sus inquietudes; siendo decisivo el respeto de los facilitadores a los puntos de vista de los adolescentes; pero siempre, invitándoles a reflexionar y de ser necesario corregir sus creencias y su actuar ante determinadas situaciones y temas; buscando la reestructuración cognitiva para una mejor calidad de vida.

Aun cuando no todos los adolescentes proporcionaron una información real en los cuestionarios aplicados, a través de sus participaciones en cada sesión se podía inferir que la mayoría de ellos ha tenido experiencias con el uso de sustancias psicoactivas en el caso del taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”; en lo que se refiere al taller “Sexualidad Adolescente” se deduce que quienes mantienen una vida sexualmente activa no se protegen. También se detectó que, en general, presentan baja autoestima y escasa habilidad en la toma de decisiones y la solución de problemas, aunado a la poca responsabilidad en sus actos. La falta de responsabilidad en los adolescentes es el motivo por el que propongo incluir el tema de responsabilidad a lo largo de los talleres, no sólo como un tema más, sino como un reforzador en cada sesión.

En lo que se refiere a la autoestima, de los cuatro grupos que atendí, sólo una chica hizo comentarios agradables hacia su persona, fue realmente sorprendente escuchar y ver las respuestas tan negativas que presentaban los adolescentes cuando se les exhortaba a halagarse, a mostrar respeto y afecto a sí mismos; esta situación no solamente nos habla de un problema de baja autoestima, sino de la falta de comunicación y afecto entre padres e hijos, nos habla de familias fracturadas, de escasas de herramientas para enfrentar situaciones problemáticas, de evadir responsabilidades; este evento hace necesario e importante que en cada sesión, de ser necesario por la característica del grupo, se refuerce la autoestima de los chicos, ya que si ellos no se valoran a sí mismos, los valores para la vida se siembran en tierra árida. El contacto persona-persona con los chicos es muy desgastante pero vale la pena hacerlo, porque conlleva a despertar interés en los chicos por lo que se está exponiendo y por consecuencia a una mayor asimilación de los temas.

Es claro que no todos los ámbitos donde se impartirán los talleres del programa tendrán el mismo escenario, por lo que se hace necesario adaptarse a las necesidades y condiciones de vida de los adolescentes en cada ambiente específico si se quiere dejar huella en ellos. Al interactuar con algunos chicos de forma individual, éstos me mostraron que no les gusta sentirse utilizados; en la escuela secundaria donde desarrolle mi servicio social, acuden prestadores de servicio social y practicantes de otras instituciones a impartir talleres con la misma temática; esta situación predispone, sobre todo a los estudiantes de segundo y tercer grado, a adoptar actitudes negativas, según ellos: “*otra vez, más de lo mismo*”. La relación personal me permitió hacerles sentir que para la Universidad Nacional Autónoma de México cada uno de ellos es importante, que estábamos ahí porque nos interesaba su futuro, prueba de ello era el escucharlos de forma individual, era detectar los cambios en su comportamiento y preguntarles “¿por qué?”, era ir más allá de exponer un tema. Debido a este contacto personal hubo quienes tomaron el taller con mayor interés; desde luego que no se logra mucho en diez sesiones, pero al menos logre penetrar “la coraza de protección” de más de uno y por ese corto tiempo ser el receptáculo de cargas emocionales de experiencias de vida que los abruman, les impide valorarse como personas productivas y fijarse metas de éxito.

Desde luego, que el objetivo del taller no es ir más allá de proveer las herramientas para el desarrollo de las habilidades y destrezas que permitan a los adolescentes fortalecer sus factores de protección a través de los valores para la vida; además no es posible atender las necesidades de cada chico en un periodo de tiempo tan corto; sin embargo, el contacto personal proporciona a los adolescentes un sentimiento de valía, los hace sentir ser tomados en cuenta como personas individuales no sólo como parte del tal o cual grupo, se sienten escuchados, se sienten con la confianza de expresar sus dudas y opiniones; y sobre todo permite al facilitador ser parte de ellos, captar en mayor proporción su atención y por ende una mejor comprensión de los temas.

A pesar de no haber obtenido diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los reactivos, los testimonios expresados verbalmente por los adolescentes me hacen pensar que la impartición de los talleres no fue tiempo perdido, al contrario cada taller del “Programa de Habilidades para la Vida” es una inversión a futuro, como lo expresaban

los mismos adolescentes: *“Es interesante lo que nos dicen, pero en este momento somos rebeldes, respondones, no nos gusta que nos digan lo que debemos hacer, no nos gusta que nos contradigan, a veces ponemos atención pero en otras ocasiones nos aburrimos porque queremos echar relajo, sentimos como si quisieran imponernos algo, por eso les llevamos la contraria, pero si aprendemos y pensamos que está bien, pero nos gana el relajo”*. Testimonios como el anterior fueron externados por más de un estudiante y secundado por varios, en cada grupo; lo que indica que el conocimiento transmitido no cayó en tierra estéril y que si se sigue cultivando algún día dará fruto, lo ideal sería que en todos aquellos con quienes tuvimos contacto. Sin embargo, algunos tendrán tropiezos, otros van a recordar lo expuesto en los talleres después de cometer errores, algunos lo olvidarán y otros, esperando que sean los más, los aplicarán en su día a día para superar barreras y lo transmitirán como experiencias de vida.

Capítulo 5

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

5.1 Responsabilidad como habilidad para la vida.

“Recuerda que no tienes la responsabilidad de hacer feliz a los demás.

Los demás se hacen felices a sí mismos.

Tú eres el responsable de tus propias emociones y las demás personas de las suyas.

Nadie puede controlar tus sentimientos, salvo tú mismo”.

Yazbave

En los talleres impartidos en el periodo de mi servicio social me di cuenta que hace falta hablar de forma explícita a los y las adolescentes del tema de responsabilidad como un valor social. Adquirir la responsabilidad como herramienta de vida es un proceso de largo plazo, que requiere esfuerzo, paciencia y dedicación; lo deseable es que se adquiera desde la primera infancia y en el seno familiar; desafortunadamente no ocurre así, de ahí la importancia y necesidad de tomarlo en cuenta dentro del programa de actividades en cada taller de “Habilidades para la Vida”.

También me percate que la habilidad que más se les dificulta a los chicos, pero que a la vez, se esforzaban en aprender, es la toma de decisiones. Por esta razón, propongo una actividad que vincule la responsabilidad y la toma de decisiones dentro del programa del taller “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”.

5.2 Concepto de responsabilidad

La responsabilidad es la base de la formalización de un compromiso adquirido, está unida a la obligación y al deber moral; habla de una persona digna de confianza.

“La responsabilidad es el conocimiento de las consecuencias de las propias acciones que permite regular, basándose en éstas, las elecciones a realizar” (Galimberti, 2002,

pp. 965-966). Para Guerra (2005) la responsabilidad es una capacidad que usa el individuo para actuar libremente ante las situaciones que se le presentan a lo largo de la vida.

Cada persona es responsable de sus actos, ya que al decidir llevarlos a cabo ejercen el libre albedrío; por lo tanto, la libertad se convierte en la base de la responsabilidad. La libertad da lugar a la imputabilidad. La imputabilidad es la capacidad del individuo de auto-determinar su comportamiento social; es decir, se comprenden psíquicamente los actos a través de las normas jurídicas, teniendo consciencia de la culpabilidad al violarlas (Calero, 2016; García, 2015).

La responsabilidad se da en diferentes ámbitos:

1. **Hacia uno mismo.** Cada persona es responsable de hacer realidad sus sueños, de las decisiones tomadas, de sus actos, de la elección de valores que rijan su comportamiento en la vida diaria, de su felicidad. Toda acción tiene consecuencias.
2. **Hacia las actividades desempeñadas.** Cada persona es responsable de la forma en que ocupa su tiempo, de la realización de tareas y actividades en general.
3. **Hacia sus bienes.** Cada persona es responsable de la forma en que distribuye su dinero, de los gastos que realiza y del cuidado de las cosas que le pertenecen.
4. **Hacia la sociedad.** Cada persona es responsable de su comportamiento ante los demás, de la comunicación que establezca con ellos. De respetar o violar normas.

El proceso de desarrollo de la responsabilidad se apoya en la supervisión y la confianza, impulsando la iniciativa y la creatividad, la constancia, las frases positivas, animando a volver a intentar lo que no se puede hacer a la primera,

La legislación penal mexicana se auxilia de tres criterios para determinar la inimputabilidad en los adolescentes y en general para cualquier individuo.

1. **Criterio biológico.** El sujeto no es responsable de sus actos cuando no tiene la madurez mental para conocer y comprender la naturaleza de los mismos.
2. **Criterio psicológico.** El sujeto presenta algún trastorno o enfermedad mental transitoria o permanente que impide conocer y comprender sus actos.

3. **Criterio mixto.** Acepta ambas posiciones.

La responsabilidad se forja a través del aprendizaje y la madurez emocional que otorgan las experiencias de vida a las que se enfrenta el individuo; siempre y cuando examine los aciertos y errores de sus actos, tomando consciencia de las consecuencias positivas y/o negativas para tomar las decisiones adecuadas (Balderas, 2006).

La propuesta al programa de “Habilidades para la Vida para Estudiantes de Secundaria” es hablar a los adolescentes acerca de la responsabilidad de sus actos desde la primera sesión; de tal manera que a lo largo del taller se relacionen las habilidades para la vida con la responsabilidad individual que tiene cada chico al tomar decisiones, al permitirse sentir e identificar sus emociones, y al conocerse a sí mismo como persona independiente y productiva.

5.3 Objetivo

Reflexionar sobre el concepto de responsabilidad y las implicaciones que conllevan las decisiones tomadas por cada persona.

5.4 Actividad para reflexionar sobre la responsabilidad en el taller “Prevención del Consumo de sustancias Psicoactivas”

Actividad: La ruleta de conductas de riesgo (Garduño, 2009)

Tema: Responsabilidad en la toma de decisiones

Material: Una ruleta de conductas de riesgo relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

Tiempo estimado para la primera sesión: 25 minutos

Tiempo estimado para las sesiones subsecuentes: 15 minutos

Dinámica:

1. En la primera sesión las y los facilitadores pedirán tres opiniones acerca del significado de responsabilidad.

2. Las y los facilitadores explicarán a las y los adolescentes el concepto de responsabilidad.
3. Las y los facilitadores pedirán a un adolescente que gire la ruleta de las conductas de riesgo.
4. De acuerdo a la conducta de riesgo elegida, se pedirá a los y las adolescentes que llenen una hoja de registro; en la cual anotaran la decisión que tomen ante la conducta de riesgo que se les presenta, y que evalúen las ventajas y desventajas de su decisión; así mismo que le otorguen una calificación en escala de 0 a 10.
5. Por último, cada adolescente debe anotar en la hoja de registro una reflexión acerca de la decisión tomada; para comentarla en el grupo.
6. A continuación, se pide la participación de otro adolescente para girar la ruleta y seleccionar otra conducta de riesgo.
7. La conducta de riesgo seleccionada se dejará como tarea para revisarla la próxima sesión.
8. En las sesiones subsecuentes se pedirá la participación de un adolescente para que gire la ruleta y se seleccione una conducta de riesgo (que no haya sido seleccionada con anterioridad). La hoja de registro se dejará como tarea para ser revisada en la siguiente sesión.
9. Cada hoja de registro de conducta de riesgo tiene escrita una reflexión, relacionada con el concepto de responsabilidad, para reforzar el conocimiento en los estudiantes.

Ruleta de conductas de riesgo



Hojas
de
Registro

El verdadero buscador crece y aprende,
y descubre que siempre es el principal
responsable de lo que sucede.

Jorge Bucay

SITUACIÓN:	Te invitan a tomar bebidas alcohólicas	
DECISIÓN:		
	Ventajas (PROS)	Desventajas (CONTRAS)
En un escala de 0 a 10 que calificación le das a la decisión que tomaste.		
VALE LA PENA TOMAR ESA DECISIÓN ¿POR QUÉ?		

Usted no es solamente responsable de lo que dice,
sino también de lo que no dice.

Martín Lutero

SITUACIÓN:	Sabes que tu hermano(a) está consumiendo drogas y tus padres no lo saben	
DECISIÓN:		
Ventajas (PROS)		Desventajas (CONTRAS)
En un escala de 0 a 10 que calificación le das a la decisión que tomaste.		
VALE LA PENA TOMAR ESA DECISIÓN ¿POR QUÉ?		

No es solamente por lo que hacemos,
sino también por lo que no hacemos,
que somos responsables.

Moliere

SITUACIÓN:	Tu novio(a) es adicto(a), y amenaza con dejarte si no consumes con él (ella).	
DECISIÓN:		
Ventajas (PROS)		Desventajas (CONTRAS)
En un escala de 0 a 10 que calificación le das a la decisión que tomaste.		
VALE LA PENA TOMAR ESA DECISIÓN ¿POR QUÉ?		

Con la libertad viene la responsabilidad.
 Para la persona que no está dispuesta a crecer,
 la persona que no quiere llevar su propio peso,
 ésta es una perspectiva aterradora.
 Eleanor Roosevelt

SITUACIÓN:	Te invitan a una fiesta donde se van a consumir drogas	
DECISIÓN:		
	Ventajas (PROS)	Desventajas (CONTRAS)
En un escala de 0 a 10 que calificación le das a la decisión que tomaste.		
VALE LA PENA TOMAR ESA DECISIÓN ¿POR QUÉ?		

Si podemos formularnos la pregunta:
 ¿Soy o no soy responsable de mis actos?,
 significa que sí lo somos.

Fiódor Dostoievski

SITUACIÓN:	Algún miembro de tu familia te invita a consumir alcohol, dice que no te hará daño	
DECISIÓN:		
Ventajas (PROS)		Desventajas (CONTRAS)
En un escala de 0 a 10 que calificación le das a la decisión que tomaste.		
VALE LA PENA TOMAR ESA DECISIÓN ¿POR QUÉ?		

Usted es totalmente responsable por todo lo que es,
 todo lo que tiene y
 todo en lo que se ha convertido.

Brian Tracy

SITUACIÓN:	Te insisten para que compres alguna droga	
DECISIÓN:		
	Ventajas (PROS)	Desventajas (CONTRAS)
En un escala de 0 a 10 que calificación le das a la decisión que tomaste.		
VALE LA PENA TOMAR ESA DECISIÓN ¿POR QUÉ?		

5.5 Actividad para reflexionar sobre la responsabilidad en el taller “Sexualidad Adolescente”

Actividad: Casos de la vida real en parejas adolescentes

Tema: Responsabilidad en la toma de decisiones para el tema embarazo adolescente

Material: Tres historias correspondientes a casos reales de parejas adolescentes

Tiempo estimado para la actividad: 40 minutos

Dinámica:

1. A continuación se presentan tres historias que buscan sensibilizar a los estudiantes en el uso de la comunicación asertiva para la toma de decisiones y la responsabilidad que conlleva el ejercicio de una vida sexual activa. Estas dinámicas se pueden realizar como una representación con la participación de los estudiantes o como relatos donde los chicos participan con recomendaciones y reflexiones.
2. Para el caso de usarse como relatos:
 - a. Pedir a los estudiantes que formen tres equipos.
 - b. Dar un relato a cada equipo y pedir que contesten las preguntas de reflexión (tiempo estimado 10 minutos).
 - c. Pedir que cada equipo lea la historia que les toco ante el grupo y comenten sus reflexiones para establecer un debate (10 minutos por equipo).
 - d. Después del debate de cada historia el facilitador relatara el final de la misma a los adolescentes comparando la realidad con lo que los chicos reflexionaron.
3. Para el caso de hacer la representación de cada historia
 - a. Formar tres equipos de adolescentes para que representen las historias.
 - b. Repartir a cada equipo una de las historias. Dar 10 minutos para que se pongan de acuerdo como representar la historia.
 - c. Pedir a cada equipo que represente la historia correspondiente (tiempo aproximado 10 minutos por representación).
 - d. Después de cada representación pedir al grupo que reflexione acerca de la situación de cada pareja (tiempo aproximado 10 minutos).

- e. Después de cada representación el facilitador leerá la conclusión de cada historia para que los adolescentes comparen lo sucedido en la realidad con su reflexión.

Historias

I. Padres re restrictivos

Lili es una adolescente de 15 años a quien sus padres no le permiten tener novio porque piensan que no es una edad adecuada para tener una relación sentimental, creen que debe dedicarse a estudiar y que la etapa de noviazgo debe iniciar cuando termine una carrera profesional.

A Lili le gusta Luis (15 años) su compañero de clases, es un chico responsable, estudioso, respetuoso y muy educado con ella; le ha pedido que sea su novia y ella aceptó, pero sus padres no lo saben.

Hace algunos días la vecina “chismosa” la vio con Luis, sólo iban abrazados y se besaron en los labios ocasionalmente, ella está preocupada porque la vecina se lo va a decir a su mamá. Ante esta situación ha decidido hablar con sus padres. Sin embargo, al hacerlo ellos reaccionan con mucha agresividad tanto verbal como física, al grado de no poder salir de su casa por los golpes que le dieron; se las ingenia para hablar con Luis y le cuenta lo sucedido, éste le propone que se vaya a vivir con él...

Posibles preguntas de reflexión:

- ¿Qué harían si estuvieran en el lugar de Lili, hablarían con sus padres o no?
- ¿Qué harían si la vecina “chismosa” habla antes con la mamá de Lili y le cuenta su versión de los hechos?
- ¿Por qué creen que los padres de Lili son tan restrictivos?
- ¿Podría llegar Lili a un acuerdo con sus padres para poder ser novia de Luis?
- ¿Le aconsejarían a Lili que se vaya a vivir con Luis?

Lili decidió aceptar la propuesta de Luis; los padres de Luis le proporcionaron la atención médica necesaria. Luis y Lili decidieron casarse, estudiaron hasta segundo

año de preparatoria con el apoyo de los padres de Luis. Dejaron de estudiar porque Lili está embarazada, por esta razón Luis decidió comenzar a trabajar y hacerse cargo de su familia.

Vivieron juntos durante 16 años y se divorciaron.

II. Novio irresponsable

Manuel es un chico de 25 años, está acostumbrado a enamorar a las chicas y burlarse de ellas, ya tiene dos hijos con diferentes parejas. Vive un tiempo con una chica, cuando ésta queda embarazada espera unos meses antes de abandonarla, luego busca a otra y hace lo mismo.

Actualmente, está interesado en María una adolescente de 15 años, quien está muy ilusionada porque el chico más atractivo de la colonia se ha fijado en ella; es la envidia de todas las chicas de la zona. María está enterada que Manuel tiene dos hijos, pero él le ha dicho que las chicas lo decepcionaron y que ellas tuvieron la culpa de su separación, pero que ahora quiere tener una relación seria y duradera con ella por eso le ha pedido tener relaciones sexuales para demostrarle su amor...

Posibles preguntas de reflexión:

- ¿Qué le aconsejarían a María?
- ¿Si estuvieran en el lugar de María le creerían a Manuel?
- ¿Aceptarían tener relaciones sexuales con Manuel sabiendo sus antecedentes?
- Si aceptaran tener relaciones sexuales con Manuel ¿Bajo qué condiciones lo harían?
- Si Manuel no quiere usar preservativo en las relaciones sexuales ¿Qué harían?

María aceptó tener relaciones sexuales con Manuel; cuando las mujeres que tienen hijos de Manuel se enteraron, cada una por separado, visitaron a la madre de María para advertirle de la situación de riesgo en la que estaba su hija. Ante esta situación

la madre de María vendió su departamento, cambio su domicilio a tres horas de distancia de donde vivía Manuel; sin embargo María y Manuel siguieron en contacto por algunos meses, hasta que Manuel se fue a vivir con María y la madre de ella. Después de 2 años de vivir juntos, María quedó embarazada, Manuel comenzó a no llegar a casa; hasta que un día ya no volvió porque comenzó una relación de pareja con otra chica. María tuvo que hacerse cargo de su hijo, trabajar para mantenerlo; en su trabajo conoció a la persona con quien vive actualmente, sigue trabajando.

III. **Final feliz**

Katy es una adolescente de 14 años, Erick es su novio, tiene 15 años. Los padres de ambos mantienen una buena comunicación con ellos, los apoyan y los exhortan a superarse.

Ambos decidieron tener relaciones sexuales, un día no usaron protección y se dio el embarazo, están asustados y han decidido comunicárselo a sus padres para que les aconsejen y apoyen. Al hablar con sus familias; la familia de Katy propone un aborto, la familia de Erick propone que se casen y que continúen sus estudios. Les toca a ellos decidir...

Posibles preguntas de reflexión:

- ¿Qué harían si estuvieran en el lugar de Katy y Erick?
- ¿Le aconsejarían a Katy que abortará?
- ¿Les aconsejarían a ambos que se casen?
- ¿Desde su punto de vista que ventajas tendrían ambos si se decidieran por el aborto?
- ¿Desde su punto de vista que desventajas tendrían ambos si se decidieran por el aborto?
- ¿Desde su punto de vista que ventajas tendrían ambos si decidieran casarse?
- ¿Desde su punto de vista que desventajas tendrían ambos si decidieran casarse?
- ¿Qué les propondrían ustedes?

Katy y Erick decidieron casarse. Los padres de Erick los apoyaban económicamente para que estudiaran. Erick comenzó la preparatoria pero no la terminó; Katy sólo concluyó la secundaria, ya que el embarazo fue de alto riesgo tenía que estar en reposo. Actualmente, Katy tiene 19 años y Erick 20 años, tienen tres hijos; Katy se dedica a cuidarlos, su salud es delicada porque los embarazos han sido de alto riesgo; Erick trabaja como demostrador en una tienda departamental, está ahorrando para estudiar la preparatoria en tres meses, quiere estudiar una carrera profesional en la universidad abierta para tener mayores ingresos económicos y darle una mejor vida a su familia, además de ya no depender económicamente de sus padres.

Referencias

- Abreastury, A. y Knobel, M. (2004). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós Educador.
- Álvarez, M. y Bisquerra, R. (2001). *Diseño y Evaluación de Programas de Educación Emocional*. Barcelona: CISSPraxis.
- Amen K., Greene M. y Rasekh Z. (2002). *En esta generación: políticas de salud sexual y reproductiva para un mundo joven*. Washington: Population Action International.
- Argote L., Cabrera M., Castillo E., Gonzáles D., Mejía M., Vásquez M. y Villaquirán M. (julio/septiembre, 2005). Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes: una experiencia desde la teoría de la acción razonada. Universidad del Valle Colombia. *Colombia Médica* 36(3) Sup. 1, 14-24. Consultado el 20 de mayo de 2015. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/283/28310103.pdf>
- Atienzo E., Campero L., Estrada F., Rouse C. y Walker D. (Marzo/abril, 2011). Intervención con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Salud pública de México*. 53(2), 160-171. Consultado el 22 de mayo de 2015. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53n2/a09v53n2.pdf>
- Babylon 10. *Diccionario Médico*. (2014-2016). España. Recuperado de <http://diccionario.babylon.com/droga/>
- Barrios, D. y García, M. (2008). *Transexualidad: La paradoja del cambio*. México: Alfíl.
- Bello, Graciela. (2014). *Autoestima y Asertividad*. Taller de orientación educativa. México: UNAM.
- Benavides R., Martínez P., Ramos V. y Rico R. (Abril, 2011). Normas subjetivas para VIH/SIDA y las actitudes sexuales en adolescentes. *Enfermería Global*. 10(2), 1-7. Universidad de Murcia, España. Consultado el 25 de abril de 2015. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3658/365834766010.pdf>
- Benería L. (1987). Patriarcado o sistema económico. Una discusión sobre dualismos metodológicos. *Amorós C. Mujeres: Ciencia y Práctica política*. Madrid: Debate,
- Bishop, S. (2000). *Desarrolle su asertividad*. Trad. TsEdi, Teleservicios. España: Editoriales, S.L., Gedisa, S.A.

- Bisquerra, A. Rafael y Pérez, E. Núria. (2007). Las competencias emocionales. *Facultad de Educación. UNED*. 21 (10), 61-82. Consultado el 19 de febrero de 2015. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/706/70601005.pdf>
- Blanco, E. y Muñoz, M. (Agosto, 2013). *Programa Igualdad de Oportunidades. Concepto de sexualidad*. Universidad Simón Bolívar. Sexualidad y Adolescencia. PODOCENTE. Venezuela. Consultado el 24 de julio de 2015. Recuperado de <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxwb3J0YWZvbGlvZGlnaXRhbGVkZ2FyYmxhbmNvfGd4Ojc0MWQ5ZGIxYzcn2NmNjMjE>
- Blázquez-Rodríguez, M. (2005). Los componentes del género y su relación con la enfermería. *Index de Enfermería*. Artículos especiales. Versión impresa ISSN 1132-1296. 14(51). Granada. Consultado el 28 de marzo de 2015. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000300010&script=sci_arttext
- Borderías, C. (2006). *Joan Scott y las Políticas de la Historia. Historia y Feminismo*. Asociación Española de Investigación de Historia de la Mujer, AEIHM. Ed. Icaria. España.
- Botella, J. y Fernández de Molina, A. (1998). *La Evolución de la Sexualidad y los Estados Intersexuales*. España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Botello, E. (Junio, 2013). Encuentro Internacional de Educación 2012-2013. ¿Cómo debería ser la educación en el Siglo XXI? *La promoción de la resiliencia*. España. Consultado el 25 de junio de 2015. Recuperado de <http://encuentro.educared.org/profiles/blogs/la-promoci-n-de-la-resiliencia>
- Bravo, H. Amanda. (Noviembre, 2005) La Iniciativa de Habilidades para la Vida en el ámbito Escolar. *Revista del Instituto de Investigaciones Educativas*. 9(16), 25 – 29. Consultado el 25 de febrero de 2015. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_educativa/2005_n16/a002.pdf
- Breva A., Carpi A. y Palmero F. (2005). La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular. *Anales de psicología*. 21(1), 84-91. Consultado el 12 de enero de 2016. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/10-21_1.pdf

- Caballo, V. (2005). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. España: Siglo XXI.
- Calero, A. Andrés. (2016). El Nuevo Sistema de Justicia para Adolescentes en México. *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*. Consultado el 10 de febrero de 2016. Recuperado de <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/6/2758/9.pdf>
- Cazés, D. (1998). *“La perspectiva de género”*. CONAPO. México: Porrúa.
- Centeno, Rebeca. (Enero/marzo, 2014). La paz y la igualdad entre los géneros: una relación indisoluble. *Espacio Abierto*, (23)1, 7-21. Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela. Consulto el 22 de mayo de 2015. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/122/12230102001.pdf>
- Centros de Integración Juvenil. A.C. Distrito Federal, México (México). (2015a). Consultado el 9 de agosto de 2015. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/redatencion/Resumen/9310R.pdf>
- Centro de Integración Juvenil, A. C. Distrito Federal, México (México). (2015b). Para vivir sin adicciones. *Folleto para jóvenes*. México. Consultado el 9 de agosto de 2015. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/DrogasInformato/PDF/DrogasMejorInformatoVersionParaJovenes.pdf>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA, CENSIDA (México). (5 de abril, 2001). *Biblioteca Virtual en Salud VIH / SIDA*. Consultado el 21 de abril de 2015. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos, CNDH. (2015). *Derechos humanos de niñas, niños y adolescentes*. *Derechos Humanos*. Consultado el 20 de septiembre de 2015. Recuperado de http://www.cndh.org.mx/Ninos_Derechos_Humanos.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA, CENSIDA (México). (2016a). *La epidemia del VIH y el sida en México*. México. Consultado el 2 de enero de 2016. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf
- Centro Nacional de Prevención y Control del SIDA, CENSIDA (México). (2016b). *Boletín Epidemiológico VIH/SIDA*. Consultado el 3 de mayo de 2016. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_1er_trim_2016_1.pdf

- Comisión Nacional Contra las Adicciones, CONADIC (México). (2010a). *Campaña “Nueva Vida”*. Material Primera Etapa. Consultado el 9 de agosto de 2015. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/nueva_vida/nuevavida_1aetapa.html
- Comisión Nacional Contra las Adicciones, CONADIC (México). (2010b). *Informe Ejecutivo. Análisis del consumo de sustancias en México*. Secretaría de salud. Consultado el 9 de agosto de 2015. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/nuevo_caracteristicas.html
- Consejo Nacional de Población, CONAPO (México). (2012). Documento Metodológico Proyecciones 2010_2050.pdf. *Proyección de la población de México 2010 – 2050*. Prospectiva demográfica. Consultado el 15 de diciembre de 2015. Recuperado de <http://www.gob.mx/conapo>
- Conceptos básicos sobre el ser LGBT. (2013). Fomentando Transiciones. Una iniciativa conjunta de CWLA y Lambda Legal. Nueva York. Consultado el 20 de mayo de 2015. Recuperado de http://www.lambdalegal.org/sites/default/files/spa-vg_conceptosbausicos_final.pdf
- Córdova, P. Rosío. (2002). Cuerpo y sexualidad. Tres perspectivas de análisis desde las ciencias sociales. Cuadernos de trabajo. *Instituto de Investigaciones Histórico-Sociales. Universidad Veracruzana*. ISSN 14055600., 13, 8-9. México. Consultado el 4 de febrero de 2016. Recuperado de <http://www.uv.mx/ihs/files/2012/11/Cuaderno13.pdf>
- Cormier, W. y Cormier, S. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductual* (3ª ed.). Biblioteca de Psicología. España: Declée De Brouwer.
- Corona, E. y Ortiz, G. (Compiladoras). (2003). *Hablemos de Educación y Salud Sexual*. Manual para profesionales de la educación. Volumen I “Contenidos”. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.
- Craig, Grace J., Baucum, Don. (2009). *Desarrollo Psicológico* (9ª ed.). Trad. José Carmen Pecina Hernández. México: Prentice Hall Pearson Education.

- Deusto Salud. Métodos anticonceptivos irreversibles. Consultada el 2 de marzo de 2017. Recuperado de <http://www.deustosalud.com/blog/vida-saludable/metodos-anticonceptivos-irreversibles>
- Dirección General de Epidemiología, DGE (México). (10 a 16 de enero, 2016). Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sistema Único de Información. 33(2) Semana 2. Consultado el 20 mayo de 2016. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/boletin/intd_boletin.html
- Díaz, R. y Robles, S. (Julio/diciembre, 2009). Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 14(2), 215-228. Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología, A.C. México. Consultado el 25 de abril de 20015. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992001>
- Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: Una visión desde el Promajoven. Embarazo_Adolescente.pdf (SECURED) Secretaría de Educación pública. México, 2012. Consultado el 2 de abril de 2015. Recuperado de https://issuu.com/dgei_libros/docs/promajoven__1_
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, ENADID (México). (2016). Boletín de Prensa Núm. 271/15. 9 de julio de 2015, Aguascalientes. INEGI. CONAPO. Consultado 29 de enero de 2016. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf
- Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (México). (2012). Drogas Ilícitas. Gobierno Federal, Secretaría de Salud. Consultado el 9 de agosto de 2015. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS .pdf
- Eresta, J., et. al. (2013). Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia. *Liga española de la educación*. De utilidad pública. Gobierno de España. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Madrid, España. Consultado el 20 de febrero de 2015. Recuperado de <http://www.ligaeducacion.org/documentos/investigaciones/relaciones-afectivas-y-sexualidad-en-la-adolescencia.pdf>

- Estupinyà, P. (2013). *S=ex². La ciencia del sexo. Debate*. España: Ed. Random House Mondadori, S.A.
- Florenzano, R. *Curso: Conductas de Riesgo y Factores Protectores*. Módulo 4 Lección 16. Estrategias de Promoción de la Salud en la Adolescencia. Consultado el 25 de mayo de 2015. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion16/m4l16leccion2.html>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. (2011). Estado mundial de la infancia 2011. *La adolescencia. Una época de oportunidades*. Consultado el 17 de septiembre de 2015. Recuperado de http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf
- Fuentes L., Libreros L. y Pérez A. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 9(4), 1-11. Consultado el 15 de abril de 2015. Recuperado de http://www.respyn.uanl.mx/ix/4/articulos/articulo_actitudes_sexualidad.htm
- Fundación EDEX. (2015). Educar para vivir, educar para convivir. *Habilidades para la vida*. España. Consultado el 3 de noviembre de 2015. Recuperado de <http://www.edex.es/>
- Galimberti, U. *Diccionario de Psicología*. Trad. María Emilia G. de Quevedo. Ed. Siglo XXI, Editores S.A. de C.V. México, 2002.
- García-Grau, E., Fusté A. y Bados A. (2015). *Manual de entrenamiento en respiración*. Facultad de Psicología. Departamento de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universitat de Barcelona. España. Consultado el 30 de abril de 2015. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/3941/1/MANUAL%20DE%20ENTRENAMIENTO%20EN%20RESPIRACION.pdf>
- García, R. Sergio. (2015). La Imputabilidad en el Derecho Penal Mexicano. Introducción y análisis comparativo. ISBN 968-580100-2. Capítulo I. el problema de la imputabilidad (pdf). Biblioteca jurídica Virtual. México. Consultado el 30 de enero de 2016. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=385>
- Givaudan. M. y Pick, S. (2006). "Yo quiero, yo puedo": *Estrategias para el desarrollo de habilidades y competencias en el sistema escolar*. *Sau Paulo*. 23(2), 203-

221. p@psic. Periódico Electrónico en Psicología. Consultado el 10 de febrero de 2015. Recuperado de [http://yoquieroyopuedo.org.mx/app/webroot/pdfs/Yo%20quiero%20Yo%20puedo%20Estrategia%20\(estudios%20pos-gradados%20puc-sp\).pdf](http://yoquieroyopuedo.org.mx/app/webroot/pdfs/Yo%20quiero%20Yo%20puedo%20Estrategia%20(estudios%20pos-gradados%20puc-sp).pdf)
- Glosario de términos de alcohol y drogas. World Health Organization. (1994). España: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones. Consultado el 20 de julio de 2015. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Goçalves, S., Castellá J. y Carlotto M. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*. (41) 2, 161-166. Sociedad Interamericana de Psicología. Austin, Organismo Internacional. Consultado el 2 de junio de 2015. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28441206>
- González, U. (1997). *Los estudios de género en la ENEP Iztacala: Confiabilidad y calidez de una escala de actitudes respecto del papel de la mujer en la sociedad*". (Tesis de Maestría en modificación de conducta. ENEP Iztacala, UNAM, México.
- Greenberger, D. y Padesky, C. (2010). *El control de tu estado de ánimo. Manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios*. (4ªed). España: Paidós.
- Guinot, J. *¿Qué es el erotismo?* Psicología Gralloners. [Artículo de Blog]. Consultado el 10 de abril de 2015. Recuperado de <http://www.psicologiagralloners.com>
- Gutiérrez, L. Mariana, Pacheco, G. Fernando, Figueroa, M. Cristian, Serrano, E. Yesenia, y Olalde, E. Paris. (2015). *Manual del Taller de Habilidades para la Vida. "Sexualidad Adolescente"*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Ayouhich-Yaocalli, A. C., Asociación para el Desarrollo Integral para la Prevención de Conductas de Riesgo. México. (Registro en trámite).
- Habilidades Críticas y Creativas de Pensamiento, HCyCP. (2015). Taller de Habilidades de Pensamiento Crítico y Creativo. Consultado el 3 de mayo de 2015. Recuperado de <http://www.uv.mx/personal/cavalerio/files/2011/05/habilidades-criticas-y-creativas1.pdf>

- Hernández, U.R. (1998) “Percepción del cuerpo y roles genéricos en una comunidad indígena Tojol Abál de las cañadas de Chiapas”. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología. (IV)*1, 27-51. Publicación semestral, México. Consultado el 25 de marzo de 2015. Recuperado de <http://www.latindex.unam.mx/buscador/ficRev.html?folio=7002&opcion=1>
- Herranz, P. y Sierra, P. (2013). *Psicología Evolutiva I. Vol. II Desarrollo Social*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED. España.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (México). (2013). *Censo y conteo de población y vivienda, 2010*. Publicada el 26 de junio de 2013. Consultado el 18 de septiembre de 2015. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=pob&c=1
http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=sh_pty5ds
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (México). (2014a). *Mujeres y Hombres en México 2014 (SECURED)* pdf., c2015. VII 99p. ISBN 978—607-739-372-6. Consultado el 25 de enero de 2016. Recuperado de <http://www.snieg.mx/Contenidos/espanol/Programas/PAEG2014.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (México). (2014b). *Anuario Estadístico y Geográfico de Los Estados Unidos Mexicanos*. SECURED. Cobertura nacional 1995-2013. ISBN 978-607-739-409-9. Consultado el 30 de octubre de 2015. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825063979>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (México). (2015). *Censo de Población y Vivienda 2010. Población Total*. Consultado el 18 de septiembre de 2015. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=pob&c=1
http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv10_pt
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (México). (Agosto, 2015). *Juventud(0).pdf*. Aguascalientes, México. “Estadísticas a propósito del... día internacional de la juventud (12 de Agosto)”. Datos Nacionales. Consultado el 20 de enero de 2016. Recuperado de

<https://www.scribd.com/doc/313649036/Diagnostico-cuantitativo-sobre-la-atencion-de-la-violencia-sexual-en-Mexico>

Instituto Mexicano de la Juventud, IMJUVE (México). (2010). *Encuesta Nacional de la Juventud 2010*. Resultados generales. Consultado el 18 de septiembre de 2015. Recuperado de [http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010 - Resultados Generales 18nov11.pdf](http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_-_Resultados_Generales_18nov11.pdf)

Juárez, T. Ma. Del Carmen. (Agosto, 2015). Dirección General de Comunicación Social, DGCS. UNAM. Boletín UNAM-DGCS-457. Ciudad Universitaria. México: UNAM. Consultado el 28 de agosto de 2015. Recuperado de http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2015_457.html

Katchadurian, H. y Londe, D. (1983). *Bases de la sexualidad humana*. México: Continental.

Kelly, J. (2002). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales. Guía práctica para intervenciones*. (7ª ed). Biblioteca de Psicología. España: Desclée De Brouwer.

Lara, M. (2015). *Personalidad, afecto y afrontamiento en las conductas saludables y de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes*. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED. Departamento de Psicología de la personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología. España.

Lara, M., Bermúdez, J. y Pérez-García, A. (2013). Positivity, coping style and tobacco and alcohol use in adolescence. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 11(2), 345-366. ISSN: 1696-2095. 2013, Núm. 30. Consultado el 20 de octubre de 2015. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.30.13036>

López, J., et. al. (2010). *Hablemos de sexualidad. Guía didáctica*. Gobierno del Estado de México. Consejo Estatal de Población. México. Consultado el 26 de enero de 2016. Recuperado de <http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=24&subs=164&cod=1615&page=>

López, S. y Recio H. (1998). *Creatividad y pensamiento crítico*. México: Trillas.

Macedo, B. (2006). *Habilidades para la vida: Contribución desde la educación científica en el marco de la década de la educación para el desarrollo sostenible*.

- Cuba: UNESCO. Consultado el 3 de abril de 2015. Recuperado de <http://www.documentacion.edex.es/docs/1201MAChab.pdf>
- Mangrulkar, L., Whitman, C. V. y Posner, M. (2001). *Enfoque de Habilidades para la Vida para un Desarrollo Saludable de Niños y Adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Consultado el 13 de febrero de 2015. Recuperado de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Habilidades.pdf>
- Mantilla, Castellanos L. (2001). *Habilidades para la Vida. Una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humana y la prevención de problemas psicosociales*. Santafé de Bogotá, Colombia. Consultado el 15 de febrero de 2015. Recuperado de http://www.feyalegria.org/images/acrobat/72979810510810510097100101115_849.pdf
- Mantilla, C. L., Chahín, Pinzón I.D. (2012). *Habilidades para la vida*. Fundación Edex. España. Consultado el 10 de febrero de 2015. Recuperado de <http://www.habilidadesparalavida.net/modelo.php>
- México Social. (Diciembre 2013). Consultado el 25 de noviembre de 2015. Recuperado de <http://www.mexicosocial.org/index.php/mexico-social-en-excelsior/item/432-jovenes-adicciones-y-violencia>
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. España: Paidós.
- Molina, H. *Curso: Salud y Desarrollo del Adolescente*. Módulo 4 Lección 17. Estrategias de Promoción de la Salud en la Adolescencia. Consultado el 25 de mayo de 2015. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion17/M4L17Leccion.html>
- Montoya, I y Muñoz I. Habilidades para la vida. (Octubre, 2009). *Revista de Formación del professorat*. COMPARTIM Revista del CEFIRE 4,1-5. ISSN 1887-6250. Generalitat Valenciana. Consultado el 10 de marzo de 2015. Recuperado de <http://cefire.edu.gva.es/sfp/revistacompartim/es/directorio.html>
- Nazario-Serrano J. et. al. (2014). *Estándares para el Trabajo e Intervención en Comunidades Lesbianas, Gay, Bisexuales e Identidades Trans* (LGBT Asociación

- de Psicología de Puerto Rico.). Puerto Rico. Consultado el 20 de mayo de 2015. Recuperado de http://www.iniciativacomunitaria.weebly.com/uploads/2/5/6/2/2562722/estandares_para_el_trabajo_e_intervencion_en_comunidades_lesbianas_gay_bisexual_y_transgeneros.pdf
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamiento cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Trad. Ricardo M. Rubio. México: Manual Moderno.
- Noboa P. y Serrano I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista latinoamericana de psicología*. 38(1), 21-43. Consultado el 1 de junio de 2015. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n1/v38n1a02.pdf>
- Oakley, A. (1997). *La mujer discriminada: Biología y sociedad*. Tribuna feminista. Madrid, España: Debate
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1993). *Modelos de vida sanos para los jóvenes*. Consejo Ejecutivo 92º reunión. Ginebra, pp.17–18 de mayo de 1993. Resoluciones y decisiones. Anexos. Actas resumidas. pp. 44-45. Consultado el 21 de marzo de 2015. Recuperado de <http://habilidadesparalavida.net/modelo.php>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (Octubre, 2008). *Diez datos sobre las enfermedades de transmisión sexual. Temas de salud*. Consultado el 26 de abril de 2015. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/sexually_transmitted_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (Noviembre de 2013). Centro de prensa. Nota descriptiva No. 110. Consultado el 2 de enero de 2016. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2014). *Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década*. WHO/FWC/MCA/14.05. Consultado el 17 de septiembre de 2015. Recuperado de http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2008). *Jóvenes: opciones y cambios*. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. p. XVII. Publicación científica

- Nº 595. Washington. Consultado el 17 de septiembre de 2015. Recuperado de <http://publications.paho.org/product.php?productid=944>
- Papalia, Diane E., Wendkos, O. S. y Duskin, F. R. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. (11ª ed). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Patient education. Métodos anticonceptivos de barrera. American College of Obstetricians and Gynecologists. Women's health care physicians. Washington, D. C., 2016. Folleto educativo para pacientes. ISSN 1074-8601. Consultada el 2 de marzo de 2017. Recuperado de <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Metodos-anticonceptivos-de-barrera>
- Pattatucci, A. (2011). *Challenging Lesbian Norms. Intersex, Transgender, Intersectional, and Queer Perspectives*.
- Pérez, C. (2007). *Antología de la sexualidad humana Volumen I*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Pérez del Río, F. (2011). *Estudios sobre Adicciones. Perfiles de drogodependencia y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos*. España: Publicaciones de la Excma, Diputación Provincial de Burgos. Consultado el 7 de enero de 2016. Recuperado de <http://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2012/02/2011-Estudios-sobre-adicciones.pdf>
- Pérez, D. y Orengo, R. (2012). Estereotipos sexuales y su Relación con conductas Riesgosas Sexuales. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. Asociación de Psicología de Puerto Rico. (23), 48-61. ISSN: 1946-2026. Puerto Rico. Consultado el 21 de agosto de 2015. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233228917004>
- Pick J. Susan, Aguilar Rodríguez Reyes (2000). *“Programa de Educación Sexual y para la vida dirigido a adolescentes”*. México: Planeta.
- Planificación familiar (Mayo de 2015). *Métodos Anticonceptivos*. Nota descriptiva Nº351. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Consultado el 5 de junio de 2015. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- PROSALUD (Venezuela). (2016). Educación Sexual. *Infecciones (ITS)*. Consultada el 2 de enero de 2016. Consultado el 20 de febrero de 2016. Recuperado de <http://www.prosalud.org.ve/quienes-somos/362-Cuales%20son%20las%20Infecciones%20de%20Transmision%20Sexual>

- Ramos, E. Sexo y Género. (2015). FES-Iztacala, UNAM. México. *Portal de Recursos para estudiantes de Psicología*. Argentina 2000-2015. Consultado el 20 de Abril de 2015. Recuperado de http://www.robertexto.com/psico_02.htm
- Rathus, S., Nevid, J. y Rathus, L. (2005). *Sexualidad Humana*. 6ª ed. España: Ed. Pearson. Prentice Hall.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez J, Hopenhayn M. (2007). Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. *Boletín Desafíos. Publicación de las Naciones Unidas*; 4:4-9. ISSN 1816-7527. Consultada el 3 de marzo de 2016. Recuperado de http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Desafios_maternidad_adolescente_LAC.pdf
- Roth, E. (2012). *Competencia Social. El cambio del comportamiento individual en la comunidad*. México: Trillas.
- Rubio, R., et. al. (2010). *Formación para maestras y maestros de educación básica en salud sexual integral. Manual para el maestro y maestra. Nivel Secundaria*. Secretaría de Educación Pública, México.
- Salud en las Américas (México). (2012). Organización Panamericana de la Salud, OPS. Organización Mundial de la Salud, OMS. Panorama regional y perfiles de país, Washington, 2012. Última actualización 1 de Julio de 2015. Consultado el 8 de septiembre de 2015. Recuperado de http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=71&Itemid=67&lang=es
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México, SUIVE/DGE/SS (México). (Noviembre de 2015). Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 13 de noviembre de 2015. Secretaria de Salud. Dirección General de Epidemiología. Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el SIDA, CENSIDA. Consultado el 2 de enero de 2016. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_al_13noviembre_2015.pdf

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones, SISVEA (México). (2015). Informe 2014 pdf. Dirección de Información Epidemiológica. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de epidemiología. Consultado el 30 de enero de 2016. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/inf_morbilidad_hist.html
- Teva, I., Paz M. y Buela-Casal G. (Enero, 2011). Búsqueda de sensaciones sexuales, estilo de afrontamiento, estrés social y su relación con la conducta sexual adolescente. *Anales de psicología*. (27)1, 35-46. ISSN: 0212-9728. Universidad de Murcia, España, Consultado el 20 de abril de 2015. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16717018005>
- Troncoso A.G.R. (1996). *El género masculino y su relación con la pareja*. (Tesis de licenciatura en Psicología). ENEP Iztacala UNAM. México.
- Vélez, Arango Alma Lucia. El embarazo en el adolescente: una visión desde la dimensión emocional y la salud pública. (Enero – diciembre, 2012). *Revista CUIDARTE*. (3)1, 394-403. Revista de Investigación. Programa de Enfermería, UDES. Universidad de Santander Bucaramanga, Colombia. ISSN: 2216-0973. Consultada el 10 de septiembre de 2015. Recuperado de <http://132.248.9.34/hevila/Cuidarte/2012/vol3/no1/19.pdf.pdf>
- Women's health. Métodos hormonales. Consultada el 2 de marzo de 2017. Recuperado de <http://www.boulderwomenshealth.org/es/nuestros-servicios/anticonceptivos/metodos-hormonales/>
- World Health Organization, WHO. (1997). WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev. 2. Life Skills Education in Schools. Life Skill Education for Children and Adolescents in Schools. Introduction and Guidelines to Facilitate the Development and Implementation of Life Skills Programmes. Programme on Mental Health World Health Organization Geneva, 1997. Consultado el 2 de Agosto de 2015. Recuperado de http://www.asksourc.info/pdf/31181_lifeskillsed_1994.pdf
- World Health Organization, WHO. (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva. Consultado el 2 de Agosto de 2015. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf

Zubarew, T. *Sexualidad del Adolescente*. Curso salud y desarrollo del adolescente. Módulo 3: Lección 15. Sexualidad y embarazo. Pontificia Universidad Católica de Chile. Consultado el 3 de agosto de 2015. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/m3l15leccion.html>

ANEXOS

Anexo 1. Tarea 1

- a. Entrevistar a un adolescente de entre 13 y 15 años, a una madre de adolescente y a un padre de adolescente. Preguntar 1. ¿Qué es la sexualidad adolescente? 2. ¿Cuáles son los riesgos en cuestiones de sexualidad que tienen los adolescentes?
- b. Buscar un programa o taller con temática de sexualidad dirigido a jóvenes o adolescentes.

1.- ¿Qué es la sexualidad adolescente?

Papá

La sexualidad adolescente... es la actividad que desarrollan los jóvenes... de acuerdo a sus preferencias sexuales... que pudieran ser heterosexuales, bisexuales o lésbicas; desafortunadamente esas son desviaciones, ... bueno, ... a mi forma de pensar.

Mamá

¿Qué es la sexualidad en los adolescentes?... sería solamente tener un concepto de lo que ellos van a tener y ejercer siendo... en su vida adulta o en conocimiento... con toda la responsabilidad para tener en práctica la sexualidad, sería practicar el hecho sexual en... dentro una pareja.

Adolescente

¿Qué es la sexualidad adolescente? Bueno para mí... es... como el adolescente va cambiando desde la infancia... a la adolescencia, sin embargo yo creo que se ha mal interpretado... y empiezan a tener relaciones sexuales a muy corta edad.

2.- ¿Cuáles son los riesgos en cuestión de sexualidad que tienen los adolescentes?

Papá

Los riesgos que llegan a tener los jóvenes... son embarazos no deseados... a temprana edad, lo cual corta su..., su futuro en cuestiones de trabajo, de estudios y de desarrollo personal. ... La otra es enfermedades, enfermedades... que se puedan curar, o puedan ser enfermedades de alto riesgo... como el SIDA, ¿verdad? Eso es lo que conlleva esas

actividades... por la falta de madurez que tienen los jóvenes... y la falta de precaución que llegan a tener.

Mamá

Los riesgos que conllevaría tener una relación sexual en adolescentes. Sería no hacerlo con responsabilidad teniendo una consecuencia como tal... grave en sus vidas dependiendo de, de... la complicación que sea o un embarazo o una enfermedad venérea y sobre todo... el romper con el concepto que tendría en su vida adulta... el llevar toda esa sexualidad mal, mal,... en un mal concepto, ¿no?

Adolescente

Cuáles son las consecuencias a lo que lleva esto... Pues, muchas enfermedades de transmisión sexual, muchos embarazos no deseados... También esto se debe, a la... bueno en una parte a la mala información, y en otros... a la... difusión... podría decirse que bombardean a los adolescentes con esta información... y... piensan que pueden hacer lo que quieren. Por ejemplo, los anuncios dicen: tu cuerpo es tuyo... y puedes hacer lo que quieras, protégete, si es tuyo; sin embargo no te dicen que tienes responsabilidades sobre ello, no te dicen que tu cuerpo hasta cierta edad está listo para ese tipo de relaciones... y muchos de... y no les dicen las consecuencias, por ejemplo las niñas que... son adolescentes y abortan tienen el riesgo de morir o quedar infértiles..., además que en esos hospitales no tienen las condiciones... de higiene adecuadas, en muchos casos... y... de los... padres adolescentes, algunos de ellos... si tienen la responsabilidad y se ponen a trabajar y cuidan a sus hijos..., he, algunos no se casan, otros forman familias, pero hay otros que dejan a la muchacha sola y van con otra y otra y otra chica... eso... eso es malo porque no tiene responsabilidad de lo que hacen... Esa es mi opinión.

Programa de sexualidad

Institución: Instituto Politécnico Nacional

Programa: Feria de la Salud del IPN

Tema: Factores de riesgo en las áreas de nutrición, sexualidad, adicciones y cuidados del medio ambiente.

Objetivo: Contribuir a formar hombres y mujeres mejor informados y preparados para el futuro

En el tema de sexualidad se tratan aspectos relacionados con los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y el programa de planificación familiar. Se realiza a mediados del mes de noviembre en la Unidad Profesional Zacatenco.

Es un programa diseñado para adolescentes y jóvenes donde se les brinda información a los estudiantes de nivel medio superior y superior.

Desde mi punto de vista el Instituto, desde hace 11 años, está haciendo un esfuerzo por concientizar a su población estudiantil, para que planeen su futuro concluyendo sus estudios; de gran importancia es el tema de sexualidad, ya que se registra, a nivel orientación y apoyo psicológico, un alto porcentaje de problemas relacionados con el noviazgo y el ejercicio de la sexualidad, trayendo como consecuencia el bajo nivel académico, y en muchos casos, la deserción. El Instituto también apoya a su población estudiantil con la Escuela para Padres, en este programa incluyen el tema de orientación sexual.

Anexo 2. Tarea 2

Investigar:

- I. Características de un facilitador, y el porqué de cada una
- II. Concepto de sexualidad humana
- III. Concepto de sexualidad adolescente
- IV. Concepto de habilidades para la vida

Nota aclaratoria: para los fines del programa se pedía buscar información de la forma en que lo harían los adolescentes, ya fuera de libros, blogs, portales, artículos; por tal motivo se hizo transcripción de los conceptos.

I. Características de un facilitador

La palabra facilitador tiene su origen etimológico en el latín.

Facilis - fácil
Facere - hacer

El facilitador es una persona que se desempeña como orientador o instructor en una actividad. El papel del facilitador implica extraer el conocimiento e ideas de los diferentes miembros de un grupo, ayudándolos a aprendan los unos de los otros y a pensar y actuar en conjunto.

Facilitar es el arte de dinamizar una construcción colectiva y ordenada de conocimientos e ideas.

Característica	¿Por qué es necesaria?
Imparcial	Es un criterio de justicia. Las decisiones deben ser tomadas de forma objetiva, sin influencias de sesgos o prejuicios o tratos diferenciales por razones inapropiadas. La imparcialidad no significa que todos los individuos sean tratados de la misma manera bajo todas las circunstancias. Es importante para tomar decisiones objetivas. Garantiza la participación de todos.
Neutral	Porque el facilitador no se debe inclinar a favor de alguien. No interviene ni a favor ni en contra. Es importante para respetar las posiciones o ideas de los demás.
Agente de cambio	Es necesario que el facilitador se perciba a sí mismo como un agente de cambio para transmitir lo que expone con convencimiento y como ejemplo de lo que dice.
Empático	Para transmitir al otro que está sintiendo lo que él siente. Dar a conocer que comprende a los demás.
Aprendiz de la vida	Estar dispuesto a seguir aprendiendo, no conformarse con lo que sabe. Comprender que todos los que le rodean pueden enseñarle, y no quedarse sólo en el papel de yo soy el que te transmito conocimiento.

Auto-reflexivo	Se debe tener consciencia de lo que se dice y hace y de las consecuencias que pueden ocasionar a los que se les está compartiendo o transmitiendo algo.
Visionario	Plantearse objetivos a futuro de lo que se desea lograr aunque parezca muy ambicioso o inalcanzable.
Inteligente	Para pensar rápido y habilidosamente las respuestas más apropiadas a los cuestionamientos o comentarios que se hagan del tema tratado.
Emotivo	Para que el facilitador disfrute de lo que está haciendo, de esta manera puede compartir con entusiasmo y sinceridad.
Seguro de sí mismo	Para poder transmitir seguridad y dominio del tema.
Humildad	Para asumir un liderazgo apropiado, sin envanecerse, y de esta forma transmite confianza a los demás. Además, para reconocer y valorar las habilidades y conocimiento de los demás
Sensible	Para darse cuenta de las necesidades e intereses de los demás

El nombre de facilitador implica “hacer que las cosas funcionen”, esto es porque no se trata sólo de transmitir un conocimiento sino de hacer fluir en los demás el conocimiento, para que a través de la interacción de todos los miembros del grupo cada uno enriquezca su saber y tome decisiones de acuerdo a sus características y capacidades intelectuales, sociales y culturales.

Es importante el papel del facilitador porque su actuación dentro de un grupo no es el de un profesor de clases sino el de una persona con capacidad y sensibilidad para comprender al grupo más allá de un simple “te transmito un conocimiento”, debe ser capaz de visualizar las necesidades del grupo, de tal forma que oriente la exposición del tema a un nivel entendible y con los recursos adecuados para la población en cuestión. El facilitador debe promover en el grupo la vivencia del conocimiento que está compartiendo, para que el grupo aplique sus experiencias personales y se apropie del tema que se está tratando de acuerdo a las características propias.

II. Sexualidad humana

La sexualidad humana representa el conjunto de comportamientos que conciernen a la satisfacción de la necesidad y el deseo sexual. Al igual que los otros primates, los seres humanos utilizan la excitación sexual con fines reproductivos y para el mantenimiento de vínculos sociales, pero le agregan el goce y el placer propio y el del otro. El sexo también desarrolla facetas profundas de la afectividad y la conciencia de la personalidad.

La complejidad de los comportamientos sexuales de los humanos es producto de su cultura, su inteligencia y de sus complejas sociedades, y no están gobernados enteramente por los instintos, como ocurre en casi todos los animales. Sin embargo, el motor base del comportamiento sexual humano sigue siendo los instintos, aunque su forma y expresión dependen de la cultura y de elecciones personales; esto da lugar a una gama muy compleja de comportamientos sexuales. En la especie humana, la mujer lleva culturalmente el peso de la preservación de la especie.

En la sexualidad humana pueden distinguirse aspectos de salud, el placer, legales, religiosos, etcétera. El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual, dirigido al goce inmediato y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo (sentirse hombre, mujer o ambos a la vez) y de las expectativas de rol social. En la vida cotidiana, la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que, desde el punto de vista emotivo y de la relación entre las personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad.

La sexualidad humana es comunicación, ésta debe ser lo más fluida posible o al menos suministrar al interlocutor datos del estado personal de cada participante. Si uno de ellos manda información sobre su estado emocional pero el otro tiene grandes dificultades en este terreno, con mucha frecuencia el primero pensará que el segundo no comparte sus sentimientos, mientras éste a su vez puede pensar que las demandas afectivas del primero son exageradas.

La sexualidad humana es una parte fundamental de la vida de los seres humanos, una parte de la que vivimos cotidianamente hombres y mujeres de todas las edades.

Sexualidad humana: "Es el modo de ser, de relacionarse y de vivir como hombre y como mujer. Es una función normal del ser humano" (Cerruti, S. 1990).

"Elemento constitutivo de los seres humanos, que se expresa como un lenguaje que posibilita una comunicación plena, total y trascendente" (Cerruti, S. Organización Panamericana de la Salud. 1997)

III. Sexualidad en la adolescencia

Este periodo comprende la edad entre los 11 y los 19 años. Está lleno de cambios muy significativos en el desarrollo de la persona. Cobran una significativa importancia el entorno social, sus normas y los modos de afrontar y resolver los conflictos propios del desarrollo.

La pubertad es un periodo que se presenta entre la infancia y la juventud. Su inicio ocurre entre los 11 y 13 años, tanto para las niñas como para los niños. En términos biológicos, la pubertad se refiere a la fase en la que los niños y niñas presentan su desarrollo sexual. Después llegan los cambios mentales y psicológicos, necesarios para afrontar la vida adulta. Conviene distinguir al adolescente de los adultos y de los niños. No son 'niños grandes', ni 'adultos inmaduros'. Son adolescentes que requieren de especial atención, debido a que empiezan una etapa de grandes expectativas en la que adquieren su propia identidad. Si el inicio de la pubertad comienza antes de los 8 años, se considera prematuro. Si no llega hasta los 14 años, se califica como tardío.

En un mismo grupo conviven chicos y chicas de aspecto completamente aniñado con otros con las características sexuales secundarias plenamente desarrolladas: vello sexual, cambio de voz, senos desarrollados, menstruación... Esto puede hacer que el adolescente pase por un periodo en el que sí está muy alejado del modelo de su grupo de referencia se encuentre incómodo o desplazado.

Los cambios físicos sufridos en la adolescencia, unidos a un interés creciente por saber de sexo y, en consecuencia, por la adquisición de unos conocimientos e información (muchas veces errónea) sobre sexualidad, hacen que se vaya formando una nueva identidad. En este periodo se sale del seno familiar para ir entrando y compartiendo el mundo de los iguales, lo que supone el choque de las creencias transmitidas en la familia sobre sexo y sexualidad con las que otros adolescentes y los medios de comunicación ofrecen.

Los primeros momentos de la vida sexual suceden en circunstancias en las que el nivel de maduración personal y psicosocial está en rápida evolución. Del modelo predominante del vínculo familiar o social va depender en gran parte la clarificación de la propia identidad psicosexual y la aceptación gustosa y confiada de su papel como tal,

o por el contrario estará sumergido en la duda de su propia virilidad o feminidad y de la posibilidad de éxito en relación a su sexualidad.

IV. Habilidades para la vida

En 1993 la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la *Iniciativa Internacional para la Educación en Habilidades para la Vida en las Escuelas* (Life Skills Education in Schools), este modelo ha ido evolucionando y adaptándose a nuevas áreas de aplicación.

Las diez habilidades psicosociales que se han tomado en cuenta para el manejo de las relaciones con nosotros mismos, con las demás personas y con el entorno social son:

1. Autoconocimiento
2. Empatía
3. Comunicación asertiva
4. Relaciones interpersonales
5. Toma de decisiones
6. Solución de problemas y conflictos
7. Pensamiento creativo
8. Pensamiento crítico
9. Manejo de emociones y sentimientos
10. Manejo de tensión de estrés

Aunque hay otras formas de clasificar las Habilidades para la Vida, la propuesta de la OMS ha logrado un reconocimiento amplio por su flexibilidad y aplicabilidad universal.

1. **Autoconocimiento.** Consiste en reconocer las características que se poseen, así como saber cuáles son las metas que se quieren lograr.
2. **Empatía.** Estado mental en el que un sujeto se identifica con otro grupo o persona, compartiendo el mismo estado de ánimo. Capacidad para ponerse en el lugar del otro y saber lo que siente o incluso lo que puede estar pensando.
3. **Comunicación asertiva.** Es la habilidad de expresar ideas positivas y negativas, y los sentimientos de una manera abierta, honesta y directa. Nos permite asumir la responsabilidad de nosotros mismos y nuestras acciones sin juzgar ni culpar a otras personas.
4. **Relaciones interpersonales.** Es un patrón complejo de respuestas que llevan a una confianza, a un reconocimiento personal por parte de los demás y resultan

eficaces para ejercer un autocontrol y una influencia directa o indirecta sobre los demás, empleando medios sociales admisibles.

Las habilidades interpersonales son aquellas que te permiten tener una mejor comunicación con otras personas. La palabra “inter” puede confundirse con “intra” que significa “dentro de uno mismo” pero no, es “inter” que significa entre e interpersonal significa entre personas. Por lo tanto las habilidades interpersonales son todas aquellas habilidades que nos permiten relacionarnos mejor con las personas, las más importantes sino casi únicas son la empatía, las emociones y la sociabilidad.

5. **Toma de decisiones.** Es el proceso a través del cual una persona debe escoger entre dos o más alternativas. La meta de la toma de decisiones es efectuar un análisis sistemático de conveniencia de las diversas opciones al identificar y luego sopesar sus consecuencias positivas y negativas potenciales y, después, con base en esta evaluación, diseñar un plan general de solución.
6. **Solución de problemas y conflictos.** Se define como un proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de éstos, bien el carácter sistemático de la situación misma o bien sus reacciones hacia ella. Consta de un conjunto de operaciones cognitivas y conductuales específicas, útiles para resolver los problemas con eficacia. Entre ellas se encuentran:
 - a) La definición de problemas
 - b) La generación de opciones
 - c) La toma de decisiones
 - d) La evaluación de los resultados
7. **Pensamiento creativo.** El pensamiento creativo es aquel que en función a lo que el sujeto cognoscente ya posee incorporado en su estructura cognitiva; crea, fabrica, imagina o elabora respuestas diferentes e innovadoras, a partir de establecer nuevas relaciones o asociaciones entre sus conocimientos previos.
8. **Pensamiento crítico.** El pensamiento crítico es el que evalúa el conocimiento adquirido, lo analiza, lo repiensa, para saber si es cierto, válido, creíble o descartarlo por falso, inválido, no ético o ineficaz. Se trata de lograr la mayor objetividad posible en la búsqueda de lo verdadero, bueno, justo, y demostrable o sustentable.
9. **Manejo de emociones y sentimientos.** Las técnicas de manejo de emociones

son programas de trabajo que permiten nuestro crecimiento hacia una mayor madurez emocional, generando cambios profundos que nos permiten dejar de reaccionar de la manera en que no lo deseamos.

10. Manejo de tensión de estrés. El manejo de estrés implica tratar de controlar y reducir la tensión que ocurre en situaciones estresantes. Esto se hace realizando cambios emocionales y físicos, para lo cual existen diferentes técnicas, tales como:

- a. Respiración diafragmática
- b. Relajación muscular progresiva
- c. Imaginaria
- d. Mindfulness
- e. Relajación autógena
 - i. Frases sugestivas
 - ii. Sensación de pesadez

Referencias

Bello, Graciela. *Autoestima y Asertividad*. Taller de orientación educativa. UNAM. México, 20014.

Caballo, Vicente E. *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Ed. Siglo Veintiuno. España, 1993.

Cuevas, Patricia Angélica. *Comunicación emocional asertiva*. Taller comunicación emocional asertiva. UNAM, México, 2015.

Kelly, Jeffrey A. *Entrenamiento de las habilidades sociales. Guía práctica para intervención*. Ed. Desclée de Brouwer, S.A. ed. 7º. España, 2002.

López, Ibor J.J. *Armonía sexual de la pareja*. Biblioteca básica de la Educación Sexual. Ed. Universo México. México 1983.

López, Ibor J.J. *Retrato sexual de la mujer*. Biblioteca básica de la Educación Sexual. Ed. Universo México. México 1983.

Minguez F. Elvio. *Sexualidad Humana*. Monografías. Salud. Consultado el 18 de febrero de 2015. <http://www.monografias.com/trabajos71/sexualidad-humana/sexualidad-humana.shtml#ixzz3SKIHUEHNP>Palazón Mayoral A. María. *Biología*. Ed. Oxford. México, 2006.

Nezu, Arthur M., Nezu, Christine, Lombardo, Elizabeth. *Formulación de casos y diseño de tratamiento cognitivo-conductual. Un enfoque basado en problemas*. Ed. Manual Moderno. México, 2006.

Zubarew, T. *Sexualidad adolescente. Salud y Embarazo*. Módulo 3 Lección 15. Curso salud y desarrollo del adolescente. Consultado el 18 de febrero de 2015. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/m3l15leccion.html>

Anexo 3. Tarea 3

Nota aclaratoria: para los fines del programa se pedía buscar información de la forma en que lo harían los adolescentes, ya fuera de libros, blogs, portales, artículos; por tal motivo se hizo transcripción de los conceptos.

Infecciones de Transmisión Sexual, ITS.

Los responsables de salud pública introdujeron originalmente el término *infección de transmisión sexual (ITS)*, que los médicos clínicos están usando cada vez más junto al término *enfermedad de transmisión sexual (ETS)* para distinguirlo del anterior.

La infección significa simplemente que un germen, virus, bacteria o parásito que puede causar una enfermedad está presente dentro del cuerpo de una persona. Esta persona infectada no tiene que tener necesariamente síntomas de que el virus o la bacteria están dañando realmente su cuerpo; la persona no se siente necesariamente enferma.

Una enfermedad significa que la infección está realmente causando que la persona infectada se sienta enferma, o note algo incorrecto. Por esta razón, el término ITS, que se refiere a la infección por cualquier germen o virus que pueda causar una infección de transmisión sexual, incluso si la persona infectada no tiene ningún síntoma, es un término mucho más amplio que el de ETS. La distinción que se hace está más cercana a la que hay entre la *colonización* y la *infección*, en lugar de entre la *infección* y la *enfermedad*.

Específicamente, el término ETS se refiere solamente a las infecciones que están causando síntomas. Debido a que la mayor parte del tiempo la gente no sabe que está infectada con una ETS hasta que comienza a mostrar los síntomas de la enfermedad, la mayoría de la gente usa el término ETS, aunque el término ITS es también apropiado en muchos casos.

Por otra parte, el término de *enfermedad de transmisión sexual* se usa a veces porque es menos restrictivo en la consideración de otros factores o medios de transmisión. Por ejemplo, la meningitis es transmisible por medio de contacto sexual pero no se etiqueta como ITS porque el contacto sexual no es el vector primario para los patógenos que causan meningitis. Esta discrepancia es tratada por la probabilidad de la infección por otros medios diferentes del contacto sexual. En general, una ITS es una infección que tiene una probabilidad insignificante de transmisión por otros medios diferentes del contacto sexual, pero tiene posibilidades reales de transmisión por el contacto sexual,

(no se consideran medios sofisticados como la transfusión de sangre, intercambio de agujas hipodérmicas). Así que uno puede presumir que, si una persona está infectada con una ITS, por ejemplo chlamydia, gonorrea o herpes genital, éstas fueron transmitidas por medio de contacto sexual.

También hay que reconocer las diferencias en un virus "contagioso" y un virus "transmisible". El virus contagioso es aquel que puede vivir dentro y fuera del organismo como en el caso de la gripe, porque es aeróbico y vive en presencia del oxígeno. En cambio, un virus transmisible es aquel que solo puede vivir dentro del organismo, es anaeróbico porque al estar en contacto con el oxígeno muere de forma inmediata; la presencia del oxígeno es letal, así que solo se transmite por vías específicas (Según informaciones de la fundación Aid For Aids).

Aunque casi todas tienen tratamiento, algunas de ellas, como las producidas por virus, nunca se curan de manera definitiva, sino que el agente causal permanece en estado latente, sin manifestarse, dentro del organismo al que ha infectado, reapareciendo cíclicamente. Este tipo de relación entre el organismo y el agente infeccioso facilita la transmisión de éste, es decir, su infectividad.

Las ITS son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, y se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral.

Algunas ITS se pueden propagar por contacto sexual cutáneo. Los organismos causantes de ITS también se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de productos sanguíneos y los trasplantes de tejidos. Muchas ITS, especialmente clamidiasis, gonorrea, hepatitis B, VIH, VPH, HSV2 y sífilis, se pueden transmitir también de la madre al niño durante el embarazo y el parto.

Una persona puede tener una ITS sin manifestar síntomas de enfermedad. Por consiguiente, el concepto de "infección de transmisión sexual" es más amplio que el de "enfermedad de transmisión sexual" (ETS). Los síntomas comunes de las ETS incluyen flujo vaginal, secreción uretral en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal.

Entre los más de 30 agentes patógenos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades. De esas ocho infecciones, cuatro son actualmente curables, a saber, sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. Las otras cuatro, hepatitis B, herpes, VIH y VPH, son infecciones virales incurables que, no obstante, se pueden mitigar o atenuar con tratamiento.

Las ITS tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva en todo el mundo y figuran entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica.

Más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, las ITS pueden tener consecuencias graves.

- Algunas ITS pueden triplicar con creces el riesgo de infección con el VIH.
- La transmisión de la madre al niño puede dar lugar a muerte prenatal, muerte neonatal, insuficiencia ponderal al nacer y prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas. Cada año, la sífilis durante el embarazo provoca aproximadamente unas 305,000 muertes fetales y neonatales, y deja a 215,000 lactantes en grave riesgo de defunción por prematuridad, insuficiencia ponderal o enfermedad congénita.
- Anualmente, la infección del VPH provoca 530,000 casos de cáncer cervicouterino y 275,000 defunciones.
- ITS tales como la gonorrea y la clamidiasis son causas principales de enfermedad inflamatoria de la pelvis, desenlace adverso del embarazo e infertilidad.

Prevención de las infecciones de transmisión sexual

Las intervenciones de asesoramiento y enfoques conductuales representan la prevención primaria contra las ITS (incluido el VIH). Esas intervenciones incluyen:

- educación sexual integral, asesoramiento antes y después de las pruebas de ITS y VIH;
- asesoramiento sobre prácticas sexuales más seguras y reducción de riesgos, promoción del uso de preservativos; e
- intervenciones dirigidas a grupos de población clave y vulnerable, incluidos adolescentes, trabajadores sexuales, hombres homosexuales y consumidores de drogas inyectables.

Además, el asesoramiento puede mejorar la capacidad de las personas para reconocer los síntomas de las ITS, con lo que aumentarán las probabilidades de que soliciten atención o alienten a sus parejas sexuales a hacerlo. Lamentablemente, la falta de sensibilidad del público, la falta de capacitación del personal sanitario y el arraigado estigma generalizado en torno a las ITS siguen dificultando un mayor y más eficaz recurso a esas intervenciones.

Métodos de barrera

Cuando se usan correcta y sistemáticamente, los preservativos son uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluido el VIH. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero en el marco de los programas nacionales no se utilizan tan ampliamente como los preservativos masculinos.

➤ **Diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual**

En los países de altos ingresos se utilizan ampliamente pruebas de diagnóstico de ITS muy precisas. Esas pruebas son particularmente útiles para diagnosticar infecciones asintomáticas. Ahora bien, en los países de ingresos bajos y medianos las pruebas de diagnóstico generalmente no están disponibles. Cuando lo están, suelen ser costosas y geográficamente inaccesibles; además, con frecuencia, los pacientes tienen que esperar mucho tiempo (o deben regresar) para recibir los resultados. En consecuencia, el seguimiento puede ser difícil y la atención o el tratamiento pueden quedar incompletos.

El único análisis de sangre, rápido y económico, actualmente disponible en relación con una ITS es el de la sífilis. Este análisis ya se realiza en algunos entornos de recursos limitados. El análisis es preciso, los resultados se pueden obtener en 15 o 20 minutos, y es posible realizarlo fácilmente con una capacitación básica. Estos análisis rápidos han dado lugar a un aumento del número de embarazadas que se examinan para detectar una posible sífilis. Sin embargo, aún es necesario redoblar esfuerzos en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, a fin de asegurar que todas las embarazadas puedan realizar un análisis de la sífilis.

➤ **El tratamiento de las infecciones de transmisión sexual**

Actualmente se dispone de tratamiento eficaz contra algunas ITS.

- Tres ITS bacterianas (clamidiasis, gonorrea y sífilis) y una parasitaria (tricomoniasis) son generalmente curables con los eficaces regímenes de antibióticos de dosis única existente.
- Para el herpes y el VIH, los medicamentos más eficaces disponibles son los antivíricos, que pueden atenuar la evolución de la enfermedad, pero no curarla.
- Para la hepatitis B, los moduladores del sistema inmunitario (interferón) y los medicamentos antivíricos pueden ayudar a luchar contra el virus y frenar los daños al hígado.

La resistencia de las ITS, en particular la gonorrea, a los antibióticos ha aumentado rápidamente en los últimos años y ha limitado las opciones de tratamiento. El desarrollo de una menor sensibilidad de la gonorrea a la opción terapéutica de “última línea” (cefalosporinas orales e inyectables), junto con la resistencia a los antimicrobianos revelada anteriormente con respecto a las penicilinas, sulfamidas, tetraciclinas, quinolonas y macrólidos convierten a la gonorrea en un organismo polifarmacorresistente. En cuanto a otras ITS, la resistencia a los antimicrobianos es menos común pero también existe, y por lo tanto la prevención y el tratamiento tempranos son cruciales.

Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual

En los países de ingresos bajos y medianos el tratamiento se centra en la gestión del síndrome, basada en la identificación de grupos coherentes de síntomas y signos fácilmente reconocibles (síndromes), sin recurrir a pruebas de laboratorio. Este enfoque, que suele depender de algoritmos clínicos, permite al personal sanitario diagnosticar una determinada infección sobre la base de los síndromes observados.

La gestión de los síndromes es sencilla, asegura un tratamiento rápido en el día y evita pruebas de diagnóstico costosas o no disponibles. No obstante, este enfoque pasa por alto las infecciones que no presentan ningún síndrome, que son la mayoría de la ITS en todo el mundo.

Vacunas y otras intervenciones biomédicas

Para prevenir dos de las ITS (hepatitis B y virus del papiloma humano) hay vacunas seguras y muy eficaces disponibles. Esas vacunas han proporcionado importantes avances en la prevención de las ITS. La vacuna contra la hepatitis B se incluye en los programas de inmunización infantil en el 93% de los países, y se estima que ha prevenido aproximadamente 1,3 millones de defunciones por hepatopatía crónica y cáncer.

La vacuna contra el VPH está disponible como parte de los programas de inmunización sistemática en 45 países, en su mayoría de ingresos altos y medianos.

La investigación orientada al desarrollo de vacunas contra el herpes y el VIH está adelantada, pero todavía no hay vacunas experimentales para ninguna de esas infecciones. La investigación sobre vacunas contra la clamidiasis, la gonorrea y la tricomoniasis está en las fases iniciales de desarrollo.

Otras intervenciones biomédicas para prevenir algunas ITS incluyen la circuncisión masculina de adultos y el empleo de microbicidas.

- En los hombres, la circuncisión reduce el riesgo de infección con el VIH adquirida por vía heterosexual en aproximadamente un 60%, y proporciona alguna protección contra otras ITS, entre ellas el herpes y el VPH.
- El gel de tenofovir, un microbicida que podría evitar activamente que las mujeres contrajeran el VIH, alcanzó en 2010 la fase de “prueba de concepto” en ensayos clínicos. Se están realizando otras investigaciones clínicas para respaldar la aprobación reglamentaria de su seguridad y eficacia.

Clasificación de las ITS

Las ITS generalmente se agrupan según los síntomas y signos que producen. Tanto la sífilis como el herpes genital y el chancroide producen úlceras (llagas) sobre la piel o sobre las membranas que cubren la vagina o la boca. La sífilis tiene tres estadios siendo su tiempo de incubación desde el momento de la infección hasta tres semanas para que aparezcan los síntomas de la sífilis primaria que se caracteriza por la aparición del chancro duro, mientras que el chancro blando aparece en la infección por chancroide. Tanto la gonorrea como las infecciones clamidiales causan uretritis (inflamación y secreción de la uretra) en los hombres; cervicitis (inflamación y secreción del cérvix) e infecciones pélvicas en las mujeres, así mismo infecciones oculares en los recién nacidos.

Gonorrea

Es de las ETS más frecuentes y es causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. Los principales síntomas son:

- En mujeres:
 - Secreción vaginal inusual.
 - Sangrado vaginal inusual.
 - Dolor en la parte inferior del abdomen
 - Puede no haber síntomas o presentar ligeras molestias al orinar o flujo.
- En hombres:
 - Dolor al orinar.
 - Secreción uretral purulenta.

- Tarda dos a tres días después del contacto sexual para producir síntomas (dolor al orinar).
- La gonorrea y la infección por clamidia pueden ocasionar esterilidad cuando no son tratadas.

Sífilis

Es una ETS ocasionada por la bacteria *Treponema pallidum*. Esta bacteria necesita un ambiente tibio y húmedo para sobrevivir (membranas mucosas de genitales, boca y ano). Se transmite cuando entra en contacto con las heridas abiertas de una persona con sífilis. En la etapa secundaria, es posible contagiarse al tener contacto con la piel de alguien que tiene una erupción en la piel causada por la sífilis.

Sintomatología

Existen cuatro etapas por las cuales puede atravesar la enfermedad si no es tratada a tiempo:

- **Etapa primaria:** el primer síntoma es una llaga en la parte del cuerpo que entró en contacto con la bacteria. Estos síntomas son difíciles de detectar porque por lo general no causan dolor y, en ocasiones, ocurren en el interior del cuerpo. Una persona que no ha sido tratada puede infectar a otras durante esta etapa.
- **Etapa secundaria:** surge alrededor de tres a seis semanas después de que aparece la llaga. Aparecerá una erupción en todo el cuerpo, en las palmas de las manos, en las plantas de los pies o en alguna otra zona. Otros síntomas que se pueden sentir son fiebre leve, inflamación de los ganglios linfáticos y pérdida del cabello.
- **Etapa latente:** si no es diagnosticada ni tratada durante mucho tiempo, entra en una etapa latente. En esta etapa no hay síntomas notables y la persona infectada no puede contagiar a otros. Sin embargo, una tercera parte de las personas que están en esta etapa empeoran y pasan a la etapa terciaria.
- **Etapa terciaria (tardía):** puede causar serios problemas como trastornos mentales, ceguera, anomalías cardíacas y trastornos neurológicos. En esta etapa, la persona infectada ya no puede transmitir la bacteria a otras personas, pero continúa en un periodo indefinido de deterioro hasta llegar a la muerte.

VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y ataca a los linfocitos T-4 que forman parte

fundamental del sistema inmunológico del hombre. Disminuye la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otro tipo de infecciones.

El VIH se puede transmitir por vía sexual (pene-vagina o pene-recto) mediante el intercambio de fluidos vaginales, semen o rectales, incluso del líquido preeyaculatorio, a través del contacto con sangre, tejidos o agujas contaminadas y de la madre al niño durante el embarazo mediante la placenta o el parto y lactancia. Tras la infección, pueden pasar hasta 10 años para que se diagnostique el SIDA, que es cuando el sistema inmunológico está gravemente dañado y no es capaz de responder efectivamente a las enfermedades oportunistas.

Sintomatología

Algunos adolescentes y adultos pueden desarrollar una enfermedad parecida a la gripe en el plazo de un mes o dos después de la exposición al virus VIH, aunque muchas personas no desarrollan ningún síntoma al infectarse. Además, los síntomas que aparecen, usualmente desaparecen en el plazo de una semana a un mes, y se confunden a menudo con los síntomas de otra infección viral. Los síntomas pueden incluir:

- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Malestar general
- Aumento de tamaño de los nódulos linfáticos

Clamidiasis

También es llamada Chlamydia, Clamidiasis o Chlamydia trachomatis. Es una enfermedad de transmisión sexual producida por una bacteria. Todas las personas sexualmente activas que mantienen relaciones sexuales con personas diferentes tienen más riesgo de contraerla. Puede transmitirse a través de relaciones sexuales orales, anales y vaginales.

Existen diferentes pruebas para diagnosticarla: un examen de la orina, una muestra de la zona del pene o del cuello del útero en el caso de la mujer. La prueba de Papanicolau en las mujeres, es una alternativa, si en esta prueba se detecta inflamación en el cuello del útero, entonces se realizará otra prueba más específica. El tratamiento es a base de antibióticos. El tratamiento debe ser tomado tanto por la persona infectada como por sus parejas para evitar que se siga propagando.

Sintomatología

En la mayoría de las ocasiones no hay síntoma, por eso es conocida como la enfermedad silenciosa, porque en la mayoría de los casos las personas que están infectadas no lo saben. Pueden pasar de una a tres semanas tras el contagio de la infección para que se manifiesten los síntomas. En mujeres:

- Sangrado entre periodos menstruales
- Inflamación del cuello del útero
- Sensación de ardor al orinar
- Secreción vaginal distinta a la normal
- Dolor durante el coito

Es más normal en mujeres y puede causar daños importantes en sus órganos reproductivos, causando incluso la infertilidad.

Pero hay mujeres que no presentan ningún síntoma, por lo que todas las mujeres que tengan actividad sexual deben realizarse la prueba de detección de clamidia para saber si están infectadas.

En hombres:

- Demasiada sensibilidad en los testículos o incluso dolor
- Sensación de ardor al orinar
- Secreciones del pene
- Inflamación del recto

Hepatitis B

También es llamada virus de la hepatitis B o VHB. Se contagia por mantener relaciones sexuales sin protección con una persona infectada. Otras causas de contagio son, transfusiones de sangre, compartir agujas para drogarse, contacto directo con la sangre de una persona infectada, a través de una herida que está abierta o contaminación del instrumental para hacer tatuajes.

En el caso de las mujeres embarazadas, éstas pueden transmitir el virus a sus hijos, antes del nacimiento, durante el alumbramiento o por el contacto entre ambos cuando es muy estrecho en el periodo neonatal.

Existe una vacuna que puede ser administrada a bebés, niños y adultos. El diagnóstico

se hace por medio de un análisis de sangre. Para saber si la hepatitis B es crónica es necesaria una biopsia del hígado, de esta manera se sabe cuál es el daño sufrido por el hígado.

Sintomatología

Muchas personas que han contraído la hepatitis B no tienen síntomas y muchas de ellas posteriormente se vuelven inmunes a la enfermedad. Los síntomas de la hepatitis B son muy parecidos a los de la gripe común:

- Fiebre
- Dolor muscular
- Vómitos y náuseas
- Coloración amarillenta en la piel y los ojos
- Cansancio
- Orina turbia
- Coloración amarillenta en las membranas mucosas
- Urticaria o erupción
- Falta de apetito
- Dolor de cabeza o de estómago, etc.

Provoca una inflamación del hígado, por lo tanto, el hígado no funciona correctamente. En el caso de una insuficiencia hepática se necesita un trasplante para reemplazar el hígado enfermo.

Herpes

También es llamado herpes simple genital, herpes en los genitales, herpes virus 2 o HSV-2. Es una enfermedad de transmisión sexual causada por los virus tipo 1 y tipo 2. Los virus que producen el herpes genital son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, con predominio de cuatro a uno. Se contrae a través de las relaciones sexuales sin protección con personas infectadas, la persona infectada puede no saber que está infectada por no presentar síntomas, este es el virus de tipo 2; normalmente el virus tipo 1 causa infecciones en la boca o labios, aunque en menos ocasiones puede causar el herpes genital.

El virus del herpes genital se puede transmitir a través de secreciones orales y genitales, en el caso de las mujeres embarazadas pueden transmitir la enfermedad a sus hijos durante el alumbramiento, por lo que se recomienda cesárea.

En México, el 30% de los niños recién nacidos que se contagian del herpes ven afectado su sistema nervioso.

Sintomatología

Los síntomas más claros son las ampollas que aparecen en los genitales y recto. Antes de que aparezcan las ampollas puede haber una serie de síntomas como dolor en la zona donde aparecerá la ampolla, ardor, hormigueo. Cuando la ampolla se rompe aparecen en la piel úlceras superficiales que producen bastante dolor, en unos 10 días éstas úlceras se convierten en costra y sanarán de manera lenta. La infección produce dolor muscular, fiebre, dificultad al orinar. El médico puede hacer un diagnóstico rápido del herpes genital cuando las ampollas se ven a simple vista, se suele tomar una pequeña muestra de la lesión para su posterior análisis.

En el caso de que la lesión del herpes genital no se vea a simple vista se diagnostica mediante un análisis de sangre para detectar el virus tipo 1 y el virus tipo 2.

No tiene cura, pero existen medicamentos que hacen la vida un poco más fácil, disminuyendo el dolor o las molestias durante el tiempo que dura el brote. La medicación puede producir efectos secundarios como náuseas o incluso vómitos, fatiga, convulsiones. Los baños con agua templada pueden aliviar un poco el dolor.

VPH (Virus del Papiloma Humano)

Existen más de 100 tipos de virus del papiloma humano (VPH), la mayor parte de ellos son inocuos, pero entre 15 y 30 se asocian con el riesgo de padecer cáncer, y entre 30 y 40 tipos se transmiten por contacto sexual e infectan la región genital y anal.

El VPH puede producir cáncer (puede ser de cuello de útero, de pene, vagina, vulva y ano), el más preocupante por su peligrosidad es el que produce el cáncer de cuello de útero. El uso correcto del condón reduce aunque no elimina de manera total el riesgo de contraerlo.

La infección fácilmente pasa desapercibida porque no produce ningún síntoma, es más, como norma general, los virus desaparecen sin dejar ninguna secuela en la persona durante los dos años siguientes al contagio. Pero en el caso de los virus que están estrechamente relacionados con el cáncer, hay que eliminarlos de manera quirúrgica porque producen lesiones precancerosas que pueden convertirse en cáncer. Es muy importante el diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero para salvar la vida de la

mujer, de ahí la importancia también de realizarse de manera periódica revisiones ginecológicas.

A través de la prueba de Papanicolaou se detectan células anormales que pueden convertirse en cáncer si no son tratadas de manera adecuada. Esta prueba también detecta estados no cancerosos. Muchos cánceres que están relacionados con el VPH no presentan síntomas hasta que la enfermedad ya está muy avanzada y su tratamiento ya no es tan efectivo.

Hoy en día existen vacunas para prevenir algunos tipos de VPH. Se recomienda la aplicación de la vacuna VPH *Tetravalente* para las niñas de 9 años y para las mujeres adultas de hasta 26 años. Estas vacunas contienen anticuerpos para el VPH tipo 6, 11, y 18, que son los encargados de provocar la aparición de las verrugas y lesiones precancerosas. No hay un tratamiento para atacar al VPH.

Tricomoniasis

También llamada infección vaginal por tricomoniasis o vaginitis por tricomonas. Es una ETS causada por un parásito; afecta a hombres y a mujeres de distinta manera, en el caso del hombre en contadas ocasiones causa síntomas, al contrario que en el caso de las mujeres que son infectadas por los hombres que no saben que están infectados.

El diagnóstico de la tricomoniasis en mujeres se hace mediante una citología o un examen del cuello del útero. En el caso de los hombres se tiene que realizar un cultivo para saber si éste ha sido infectado.

El tratamiento es a base de antibióticos, que tienen que ser tomados por la persona infectada y por los compañeros con los que ha mantenido relaciones sexuales. La duración del tratamiento queda sujeto al criterio del médico.

Sintomatología

En la mujer, puede que al principio no tenga ningún síntoma pero cuando estos se manifiestan son bastante desagradables. Las infecciones pueden ser en la uretra y vejiga, así como en la vagina; la predispone a infectarse del virus del SIDA y a desarrollar un cáncer de cuello de útero.

- Ardor de la zona vaginal
- Olor vaginal fuerte, fuera de lo normal
- Secreciones vaginales

- Úlceras de pequeño tamaño en la vulva
- Dolor vaginal
- Dolor cuando se mantienen relaciones sexuales

Los hombres pueden sufrir infección de la próstata y del tubo epidídimo (tubo estrecho en la parte superior de los testículos). Puede pasar mucho tiempo desde la infección hasta que aparecen los primeros síntomas.

- Ardor en la eyaculación o al orinar
- Secreciones por el pene
- Sensación de ardor en la uretra

Primeras ITS reconocidas

1. Chancroide
2. Gonorrea
3. Granuloma inguinal
4. Linfogranuloma venéreo (infección por clamidias)
5. Sífilis

ITS más recientemente reconocidas

6. Piojos púbicos (Pediculosis pubis, ladillas)
7. Candidiasis
8. Herpes genital
9. Condyloma acuminata (verrugas genitales)
10. VIH
11. Molusco contagioso (Molluscipoxvirus Molluscum Contagiosum)
12. Sarna
13. Tricomoniasis
14. Criptosporidiosis
15. Donovanosis
16. Escabiosis
17. Infecciones entéricas
18. Gardnerella vaginalis (también Haemophilus)
19. Infección por hongos
20. Meningococcemia
21. Micoplasmas genitales

22. Listeriosis
23. Vaginitis
24. Vaginosis bacteriana
25. Virus del papiloma humano (VPH)

Infecciones ocasionalmente transmitidas por vía sexual

26. Amibiasis
27. Campilobacteriosis
28. Citomegalovirus
29. Giardiasis
30. Hepatitis
31. Salmonella
32. Shigelosis

Referencias

CENSIDA. <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/its.html>

Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

Organización Panamericana de la Salud. VIH e ITS. http://www.paho.org/hq/index.php?cx=014283770845240200164%3Aprvkaxcnku0&q=its&searchword=its&sa=Buscar...&cof=FORID%3A0&searchphrase=all&scope=1&option=com_search&Itemid=40145&ie=utf8&site=who&client=amro_es&proxystylesheet=amro_es&output=xml_no_dtd&oe=utf8&getfields=doctype&ai=41037#gsc.tab=0&gsc.q=its&gsc.page=1

Anexo 4. Clínicas de aborto legal en México

➤ **CIFEM**

Gutenberg N° 61-A1, Col. Verónica Anzures. C.P. 11300, Miguel Hidalgo. Cerca de Plaza Galerías de las Estrellas. <http://www.cifem.com.mx>

Horarios: Lunes a Viernes, de 09:30 a 17:00 horas Sábados, de 08:00 a 13:00 horas

Condiciones: Interrupción legal del embarazo hasta las 12 semanas. En el caso de los menores de edad se requiere que venga acompañada de un adulto responsable de preferencia de un familiar en primer grado.

Acreditación: Como abortar en México Distrito Federal legalmente, clínica de aborto en México autorizada con el N° sanitario 034636.

➤ **Femisana Womens Clinic**

Dirección: Orizaba N° 18, Colonia Roma Norte. 06700, Cuauhtémoc. Esquina Zacatecas N° 97. Plaza Luis Cabrera. www.femisana.com.mx

Horarios: De lunes a viernes de 09:00 a 20:00 horas.

Condiciones: Interrupción legal del embarazo hasta las 12 semanas. En Femisana women's clinic® nos apegamos a la legislación vigente y los tratados internacionales suscritos por México, por lo que favorecemos el interés superior del menor.

Las menores de edad que soliciten la interrupción legal del embarazo (ILE) en el Distrito Federal procurarán acudir acompañadas de una persona adulta, no necesariamente un familiar, quien deberá presentar una identificación oficial vigente. Contamos también con psicólogos especialistas que te acompañan en tu proceso de decisión y recuperación de una ILE.

Acreditación: Como abortar en México Distrito Federal legalmente, clínica para abortar autorizada con el número de permiso sanitario 15-AM-09-015-0002.

➤ **Clínica NAISSET**

Dirección: Aguascalientes N° 6, Col. Roma. 06760, Cuauhtémoc. Entre Calle Tonalá y Monterrey a 3 cuadras del metro Centro Médico. Web: <http://abortoyabortar.com.mx/>
Teléfono: (55) 5336 0520 Sin costo: 01800 838 6787

Horarios: De Lunes a Domingo de 08:00 a 20:00 horas

Condiciones: Interrupción legal del embarazo hasta las 12 semanas. Otorgamos subsidios de hasta el 100% a mujeres que lo necesiten. Consultas gratis, métodos anticonceptivos gratis y transporte incluido.

Para menores de edad. Sólo tienes que hacer una cita y venir acompañada de una persona mayor de edad que deberá presentar una identificación oficial.

Acreditación: Como abortar en México Distrito Federal legalmente, clínica para abortar autorizada con el número de permiso sanitario 113300201A2573.

➤ **Unidad Médica Consulado**

Dirección: Lateral del Circuito Interior 1448, Col. Vallejo. 07870, Gustavo A. Madero. Sobre la Lateral del Circuito cinco calles y media adelante de la salida del metro Misterios.

Web: www.unidadesmedicasdelamujer.mx

Teléfono: (55) 55 17 45 90 ó (55) 55 17 46 22 Sin costo: 01 800 831 4036

Horarios: Lunes a sábado de 8am a 8pm. Domingo de 8am a 10am

Condiciones: Interrupción legal del embarazo hasta las 12 semanas. El **aborto** o la **Interrupción Voluntaria del Embarazo**, consiste en provocar la interrupción prematura del desarrollo vital del embrión o feto para su posterior eliminación. La Unida Médica Consulado realiza abortos en Gustavo A. Madero, y está autorizada por dicha comunidad para realizarlos.

Si eres menor de edad. Deberás acudir con una copia del IFE de tus padres o puedes comunicarte a las unidades para darte más especificaciones.

Acreditación: Como abortar en México Distrito Federal legalmente, clínica para abortar autorizada con el número de permiso sanitario 12AM09005020

Clínicas de aborto en Benito Juárez

- Profem Platinum
- Promédica mujer

Clínicas de aborto en Tlalpan

- Unidad Médica Tlalpan
- Marie Stopes Clínica Pedregal
- Healthy Fem Médica Ginecológica

Clínicas de aborto en Coyoacán

- Marie Stopes Coyoacán
- Clínica NAISSET Coyoacán

Clínicas de aborto en Miguel Hidalgo

- Marie Stopes Polanco
- CIFEM

- Clínica Ginecea

Clínicas de aborto en Gustavo A. Madero

- Medica Center Fem
- Unidad Médica Consulado
- CIDECA
- Clínica Mexfam La Villa

Clínicas de aborto en Azcapotzalco

- Marie Stopes Azcapotzalco
- GINECAGFEM

Clínicas de aborto en Venustiano Carranza

- Clínica Yashué

Clínicas de aborto en Iztapalapa

- Marie Stopes Iztapalapa
- Fundación Kwan Iztapalapa
- A.I.D.E.

Clínicas de aborto en Iztacalco

- Servicio de Salud Medieg, A.C.

Clínicas de aborto en Cuauhtemoc

- Marie Stopes Clínica Roma
- Centro Médico Mujer
- Profem
- Femisana Womens Clinic
- Clínica NAISSET Clínica Roma
- Fundación Cimujer Condesa
- Clínica SARI
- CISAR Mujer
- Clínica Mexfam Revolución
- Médica Espacio Fem
- ASISTAMED
- CIPA Cuauhtemoc, Acompañame

Clínicas de aborto en Magdalena Contreras

- Obstetricia Integral

Referencias

Aborto y Abortar. <http://abortoyabortar.com.mx/>

CIFEM. <http://www.cifem.com.mx>

clínicasabortos.mx <http://www.clinicasabortos.mx/enfermedades-de-transmision-sexual/hepatitis-b/sub21>

FEMISANA. www.femisana.com.mx

UNIDADES MÉDICAS DE LA MUJER. www.unidadesmedicasdelamujer.mx

Anexo 5. Tarea 4

Visitar una institución donde atiendan embarazo adolescente. Preguntar:

- a. ¿Qué servicios ofrecen?
- b. ¿A qué servicios asiste la mayoría de los usuarios?
- c. ¿Cuánta gente y de qué edad, en promedio, asiste?
- d. ¿Qué realiza la institución como prevención?
- e. ¿Qué problemática se presenta con mayor frecuencia?
- f. ¿Cómo ha sido su experiencia en esa institución?
- g. ¿Qué sugerencias puede darnos para tratar el tema de sexualidad adolescente?

a. ¿Qué servicios ofrecen?

- Interrupción de embarazo con medicamentos y/o por aspiración manual y con sedación.
- Consejería, línea de atención y chat en vivo.
- Información las 24 horas, comprensiva y respetuosa.
- Anticonceptivos: DIU, anillo vaginal, condón femenino y masculino, SIU, implante, pastillas, parche, inyección oral.
- Pruebas rápidas de ITS.
- Métodos anticonceptivos de emergencia.
- Métodos definitivos (vasectomía, salpingloclasia).
- Precios accesibles.
- Programa de subsidios.
- Pláticas de educación sexual

b. ¿A qué servicios asiste la mayoría de los usuarios?

Por métodos anticonceptivos.

c. ¿Cuánta gente y de qué edad, en promedio, asiste?

Por lo general al mes llegan a venir unas 90 o poco más de 100 personas. La edad es variada, no hay un promedio, por lo general mayores de 20 años.

d. ¿Qué realiza la institución como prevención?

Pláticas de educación sexual para todo público. Se hace publicidad, con carteles y en la página web.

e. ¿Qué problemática se presenta con mayor frecuencia?

Principalmente interrupción de embarazo, abortos.

f. ¿Cómo ha sido su experiencia en esa institución?

Es difícil porque se ve mucha gente que interviene su embarazo, pero de alguna manera es lo mejor que pueden hacer cuando no pueden o no quieren hacerse responsables del bebé.

g. ¿Qué sugerencias puede darnos para tratar el tema de sexualidad adolescente?

Ser abiertos, tener mucha información, no juzgar a los muchachos, es mejor aconsejarlos que se cuiden y que busquen ayuda para que no cometan errores.

Anexo 6. Tarea 5

Diferencia entre sexo y género

Investigar el concepto de:

- a. Género
- b. Identidad de género
- c. Rol de género
- d. Orientación sexual

Nota aclaratoria: para los fines del programa se pedía buscar información de la forma en que lo harían los adolescentes, ya fuera de libros, blogs, portales, artículos; por tal motivo se hizo transcripción de los conceptos.

Sexo y género

Cuando se habla de hombre y mujer socialmente se hace referencia a las características del vestido, el tipo de trabajo que se desempeña, las relaciones interpersonales y, específicamente a las características de los órganos genitales.

Cuando se habla de sexo, se hace referencia a las diferencias biológicas, es decir, las características fisiológicas y anatómicas correspondientes ya sea al varón o a la hembra.

El sexo involucra rasgos físicos tales como:

- Tipos de cromosomas
 - Varón: XY
 - Hembra: XX
- Gónadas:
 - Hembra: ovarios
 - Varón: testículos
- Estados hormonales
 - Hembra:
 - Segregadas por los ovarios: prostágenos, estrógenos
 - Segregadas por la hipófisis: folículo estimulante (FSH), luteinizante (LH) y gonadotropina coriónica humana (hCG)
 - Segregada por la placenta: hCG
 - Varón:

- Sintetizadas en las células de Leydig: testosterona, dihidrotestosterona y androstenodionona
 - Segregada por la hipófisis: luteinizante (LH), folículo estimulante (FSH) y hormona del crecimiento (GH)
- Genitales u órganos sexuales exteriores:
 - Hembra: vulva
 - Monte de Venus
 - Labios mayores
 - Labios menores
 - Clítoris
 - Varón: pene, bolsa escrotal (escroto)
- Genitales u órganos sexuales internos:
 - Hembra: vagina, ovarios, útero, trompas uterinas
 - Varón: testículos, epidídimo, conductos deferentes, vesícula seminal y glándulas de Cowper
- Características sexuales secundarias
 - Hembra: crecimiento rápido (estructura ósea) que también se detiene, distribución de la grasa, no se modifica la voz, se estimula la libido, aumenta el tamaño de las mamas y la vulva, ensanchamiento de cadera, cambios emocionales.
 - Varón: aumento de tamaño del pene, testículos y demás órganos sexuales; desarrollo de vello púbico y axilar; voz gruesa; aparece la barba, línea del pelo retrocede anterolateralmente; distribución de la grasa corporal; inicia la secreción de glándulas: próstata, vesícula seminal, interés por el sexo opuesto; hombros anchos; desarrollo muscular; aumenta la matriz ósea y provoca la retención de calcio.

Anatómicamente el sexo presenta tres dimensiones relacionadas entre sí:

1. Dimensión genética. Diferencia cromosómica
 - a. Femenino: XX
 - b. Masculino: XY
2. Dimensión hormonal. Presencia predominante de hormonas:
 - a. Femenino: estrógenos
 - b. Masculino: andrógenos

3. Dimensión gonádica. Morfología de los órganos reproductivos internos y de los genitales externos:
 - a. Femenino: ovarios y vulva
 - b. Masculino: testículos y pene

El sexo define la existencia de un individuo como hombre o mujer a través de las características anatómicas; no como persona.

El comportamiento de la persona en un ambiente social en una época o lugar determinado se regula por el código de género. Este código designa las formas y procesos que definen, limitan y transmiten el conjunto de modelos socialmente disponibles para que las personas lleguen a una identificación en términos de hombre o mujer. El género son los atributos que la sociedad otorga a los sexos para definir lo masculino y lo femenino; para ello usa creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, comportamientos y actividades

Es por medio del género que los seres humanos realizamos múltiples interacciones. El género es una categoría fundamental en la que significado y valor están asignados a cualquier cosa existente en el mundo; se trata de una forma de organizar las relaciones humanas. Podemos distinguir tres componentes de esta categoría de género: identidad sexo-genérica y roles sexuales o genéricos (Hernández 1998).

Conceptos:

a. Género

El sexo se determina de manera genética y biológica; el género es de origen cultural. Algunos teóricos sostienen que, desde el punto de vista biológico, el sexo determina las diferencias de inteligencia, personalidad, ajuste del adulto y estilo. En el lenguaje cotidiano escuchamos con mucha frecuencia afirmaciones como “las mujeres son... y los hombres son...”, las cuales indican a todas luces creencias latentes en las diferencias congénitas e inmutables entre los sexos.

El concepto de género en las ciencias sociales, como en la sociología, la psicología o la antropología, es una construcción simbólica que alude al conjunto de atributos socioculturales asignados a las personas a partir del sexo biológico que convierten la diferencia sexual en una desigualdad social entre hombres y mujeres.

Los estudios de género en las ciencias sociales, son el área de conocimiento sobre la desigualdad entre hombres y mujeres, que tiene su punto de partida en los roles sexuales que se asignan de forma diferenciada a hombres y mujeres a través de la socialización de género.

Género: sexo particular de una persona. Grupo taxonómico de especies que poseen uno o varios caracteres diferenciales.

Sexo: condición orgánica que distingue al macho de la hembra, lo masculino de lo femenino. Aparato genital masculino o femenino. Conjunto de individuos cuyo aparato genital es del mismo orden.

b. Identidad de género

En general, los expertos coinciden en que la aparición de los esquemas de género, o sea, el sentido de somos como hombres o mujeres. La identidad se desarrolla en una secuencia particular durante los primeros siete u ocho años de vida. Desde muy pequeños aprenden a clasificarse como “niño” o “niña”. Pero no comprenden con exactitud que lo serán durante toda su vida o que el género no cambia con la ropa ni con el peinado.

El niño aprende los esquemas de género en forma directa de lo que le enseñan y de los modelos que ve a su alrededor, y en forma indirecta de las historias, de las películas y la televisión. El niño aprende algunos aspectos de los roles de género cuando imita a personas importantes en su vida y cuando se refuerza la conducta apropiada a su género, participa en forma activa en el proceso, y es selectivo en lo que imita e interioriza.

En la etapa adolescente la identidad de género se refiere principalmente a lo que el adolescente siente sobre su masculinidad y/o femineidad, como le parece expresarse de acuerdo a su visión de ser hombre o mujer, qué tan aceptado se siente con su cuerpo y su manera particular de ser hombre o mujer.

La identidad de género, se relaciona con el sentirse hombre o mujer, la forma de expresarse y el grado de comodidad y aceptación del propio cuerpo, sea femenino o masculino. Por lo tanto, el grado de feminidad o masculinidad de un adolescente, no nos habla de su orientación sexual, sino de la expresión de su identidad de género y la claridad respecto a qué género pertenece. La conducta sexual o erótica, se refiere por ejemplo a los besos, las caricias o el contacto erótico en general.

c. Rol de género

La genética y la cultura imponen límites a los roles de género (lo que es apropiado que haga el varón o la mujer), pero interactúan como los extremos de una cuerda. El niño participa de manera activa en la adquisición del sentido de género. Al inicio del periodo escolar, el niño empieza a aprender conductas, habilidades y roles sociales que su cultura juzga convenientes para su género.

El género tiene al menos dos elementos relacionados: las conductas y los conceptos asociados con el género. Los teóricos del aprendizaje social se concentran en la forma en que se aprenden estas conductas y cómo se combinan para crear los roles de género. Por ejemplo las niñas juegan con las muñecas, ayudan a preparar alimentos; los niños construyen puentes, participan en juegos rudos y juegan con carros y camiones.

Los estereotipos de los roles de género son ideas fijas sobre la conducta masculina y femenina. Se basan en la creencia de que lo “masculino” y lo “femenino” son categorías distintas y que se excluyen. Se trata de una creencia que se da casi en todas las culturas, aunque éstas presenten grandes variaciones en los atributos concretos que asignan a uno y a otro sexo.

El rol de género —del inglés *gender role*— alude al conjunto de normas sociales y comportamentales generalmente percibidas como apropiadas para los hombres y las mujeres en un grupo o sistema social dado en función de la construcción social que se tiene de la masculinidad y femineidad. Éste sería la expresión pública de la identidad de género, y «se forma con el conjunto de normas, prescripciones y representaciones culturales que dicta la sociedad sobre el comportamiento» esperables para un sexo determinado.

No existe consenso entre investigadores con respecto a si las diferencias observadas en el comportamiento y la personalidad entre sexos se deben completamente a la personalidad innata de una persona o a si éstas son debido a factores sociales o culturales, y por lo tanto producto de la socialización, ni tampoco en qué medida tales diferencias están influenciadas en lo biológico y fisiológico.

Los roles de género difieren dependiendo del contexto histórico-cultural en que se encuentre enmarcado el término; así, mientras en la mayoría de las culturas se expresan dos, en otras pueden existir varias más. La androginia, por ejemplo, se ha propuesto como un tercer género.

d. Orientación sexual

La orientación sexual se define formalmente como la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o una combinación de estos elementos.

La orientación sexual implica el depósito de los sentimientos amorosos y del deseo erótico en una persona que se percibe del mismo sexo.

La orientación sexual, no se define solamente por la conducta sexual. Para asumir a un adolescente, por ejemplo como homosexual, es necesario que:

1. Sienta amor de pareja o enamoramiento hacia una persona de su propio género.
2. Sienta atracción sexual o erótica/deseo erótico: deseos de besar, tocar, etc., hacia esa persona de su propio género.
3. Incluya pensamientos y/o fantasías en las que cuando menos en parte, aparecen personas de su propio género.
4. Nos diga o se asuma como una persona homosexual.

Esto significa que:

- Solamente imaginar una fantasía sexual en la que aparecen ambos sexos o el sexo igual al propio, por sí mismo, no habla por sí sola de una orientación sexual en particular, le puede suceder a cualquier persona.
- Conductas sexuales aisladas, como por ejemplo tocamientos, besos o caricias, entre adolescentes, no definen por sí solas la orientación sexual de las personas involucradas, suceden en la adolescencia y no son una muestra de una "homosexualidad transitoria", son solamente conductas sexuales (homosexuales que sin la parte afectiva y sin la claridad para el adolescente sobre su orientación sexual deben entenderse solamente como comportamientos, que pueden darse en diversos contextos.
- Suponer que alguien es homosexual, sin que lo haya manifestado y además explícitamente expresado su consentimiento para que esto sea comentado en público, constituye un acto de violencia que no se justifica de ninguna forma.

La orientación sexual puede ser heterosexual, homosexual o bisexual.

Referencias

Aurioles, Eusebio R., et. al. *Formación para maestras y maestros de educación básica en salud sexual integral. Manual para el maestro y maestra*. Nivel Secundaria. Secretaría de Educación Pública, México, 2010.

Craig, Grace. *Desarrollo psicológico*. Ed. Prentice Hall. 8º ed. Trad. José Carmen Pecina Hernández. México, 2001.

Diccionario ilustrado. <http://www.iqb.es/diccio/s/se2.htm>

Género. <http://es.wikipedia.org/wiki/G%C3%A9nero>

Hernández, U.R. (1998). *“Percepción del cuerpo y roles genéricos en una comunidad indígena Tojol ab’al de las cañadas de Chiapas”*. Archivos Hispanoamericanos de Sexología, vol. IV. num.1. Publicación Semestral, México. pp. 27-51. <http://www.latindex.unam.mx/buscador/ficRev.html?folio=7002&opcion=1>

Rol de género. http://es.wikipedia.org/wiki/Rol_de_g%C3%A9nero

Anexo 7. Tarea 6

Etapas del amor adolescente

Nota aclaratoria: para los fines del programa se pedía buscar información de la forma en que lo harían los adolescentes, ya fuera de libros, blogs, portales, artículos; por tal motivo se hizo transcripción de los conceptos.

1º Etapa. Atracción

Las transformaciones físicas tales como el crecimiento del cuerpo y del vello, la llegada de la menstruación en las mujeres, el cambio de voz en los hombres, entre otros factores, indican que el cuerpo deja su estado de niñez para llegar a otra etapa del desarrollo, la adolescencia; el cual suele comenzar a los 12 y 14 años en la mujer y en el hombre respectivamente y terminar a los 21 años.

Este cambio corporal se debe al incremento de producción de hormonas sexuales, las cuales provocan el desarrollo de los órganos reproductores y secundarios además del deseo hacia los demás.

En este lapso los adolescentes comienzan a sentir atracción por otras personas, debido a que dichas hormonas aumentan la motivación sexual; esto induce a que los jóvenes tengan sus primeras experiencias sexuales. Los hombres tienden a tener “fantasías eróticas, excitación espontánea y comportamientos explícitos como la masturbación, los orgasmos nocturnos involuntarios y la frecuencia de relaciones compartidas”.

No obstante, las mujeres también expresan dicha motivación por medio de fantasías y masturbación, pero no sienten con frecuencia necesidad por estar con otra persona íntimamente, esto se debe a que la testosterona no incita esa necesidad.

Según las etapas del desarrollo psicosexual, Sigmund Freud denomina a esta época como “Genital”, ya que corresponde a una sexualidad madura. También, en este ciclo de cambios, los jóvenes adquieren el sentido de su identidad, “Enfrentan las nuevas responsabilidades que implican poseer un cuerpo capaz de reproducirse, de elegir una pareja y una vocación”. Así lo expone en la fase cinco, de su teoría del desarrollo humano, Erick Erikson.

La adolescencia solo es comienzo de la atracción sexual, en la cual inicia la exploración de nuevas sensaciones, emociones cambios corporales y hormonales que provocan el gusto por las otras personas.



Atracción física y amor romántico. Se consideró como “atracción física” al conjunto de sensaciones vinculadas con el deseo sexual, la pasión y el gusto por la apariencia física de la pareja, y como “amor romántico” al conjunto de sensaciones vinculadas con el cariño, la confianza y el afecto.

2º Etapa. Enamoramiento

El **enamoramiento**, comúnmente confundido con el amor, hace referencia a un estado en el que una persona magnifica las cualidades positivas de otra y que suele tener lugar al comienzo de una relación amorosa.

Durante esta etapa, en la que conocemos muy pocos aspectos de la personalidad del otro, solemos esforzarnos por asegurar que hemos encontrado a la persona perfecta, al amor de nuestra vida, alguien que tiene el deseo y la capacidad de entender, de retribuir el afecto y el cuidado, y de compartir el día a día con uno. Dicho esto, es entendible que la alegría y un estado de embelesamiento constante suelen ir de la mano del enamoramiento.

Para la bioquímica, se trata de un proceso que se origina en la corteza cerebral, continúa en el sistema endocrino y se traduce en respuestas de tipo fisiológico. Este procedimiento implica la intervención de múltiples elementos. Al conocer a alguien y experimentar atracción, en el ser humano se da inicio a una serie de transformaciones químicas y psicológicas. Este fenómeno es prácticamente inmediato y ciertamente involuntario y se puede distinguir claramente de la seducción intencional, un proceso generalmente más extenso y en ocasiones asociado con cuestiones culturales y sociales.

La atracción física y el enamoramiento tienen esa cualidad de inconsciente e inexplicable en común, pero sólo a los ojos de quien lo vive. Justamente, una serie de señales sensoriales, principalmente olfativas pero también visuales, son las responsables de esta necesidad imperiosa de acercarse a ese individuo que, minutos atrás, fuese un extraño.

Diferencias entre amor y enamoramiento

El amor, por otro lado, suele llegar más tarde en una relación y se caracteriza por una

constante entrega y aceptación; requiere de paciencia, de comprensión, de apertura, y debe fortalecerse a diario para poder sobrellevar los malos momentos, circunstancias que de existir durante el enamoramiento amenazarían gravemente con un final temprano. El amor verdadero se fundamenta en la realidad, trasciende la idealización de la pareja y posee una proyección estable y a largo plazo.

Sin embargo, al no poder encontrar una definición que englobe la experiencia de todos los seres humanos a la vez, el amor y el enamoramiento cobran formas muy similares. Un ejemplo muy claro es el conocido “amor a primera vista”, un concepto que ya existía en la antigua Grecia y que se definía como locura de los dioses. Sea que Cupido dispare una de sus fatídicas flechas, o que la química provoque una reacción de atracción entre dos personas, diversas encuestas en distintos países demuestran que un gran porcentaje de la población cree en el amor a primera vista y la mayoría no duda en contraer matrimonio si llega a sentirlo. Difícil de creer, pero muchas de estas parejas perduran más que otras que pasan años conociéndose antes de tomar la decisión de casarse.

Muchas personas se esfuerzan por marcar diferencias entre los humanos y los animales, y es en el campo de los sentimientos y la razón donde encuentran más facilidad para trazar líneas divisorias. Genéticamente, se cree que los humanos comparten con los animales el instinto de procreación. Sin embargo, muchos aseguran que las personas pueden relacionarse sexualmente también para mostrar amor o para satisfacer impulsos sexuales, es decir, no necesariamente para reproducirse.



Díaz, L. R. y Robles, M. S. *Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes*. Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 14, núm. 2, julio-diciembre, 2009, pp. 215-228. Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C. Xalapa, México. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992001>

Definiciones de. <http://definicion.de/enamoramiento/>

Anexo 8. Tema de investigación

Influencia de la asertividad en la solución de problemas / toma de decisiones con respecto a la sexualidad en adolescentes que cursan el segundo grado en la Escuela Secundaria Diurna 261 de la Ciudad de México

Tema: Relación entre la asertividad y la solución de problemas / toma de decisiones.

Objetivo

Determinar si existe una relación significativa entre la asertividad y la solución de problemas / toma de decisiones en temas relacionados con la sexualidad en los estudiantes adolescentes del segundo grado de una la Escuela Secundaria Diurna de la Ciudad de México

Pregunta de investigación

¿Existe una relación significativa entre la asertividad y la solución de problemas / toma de decisiones en temas relacionados con la sexualidad en los estudiantes adolescentes del segundo grado de una Escuela Secundaria Diurna de la Ciudad de México?

Hipótesis

Se considera que los estudiantes adolescentes que incrementan su asertividad aumentan su capacidad para solucionar problemas y/o tomar decisiones en temas relacionados con su sexualidad.

Metodología

Población: Estudiantes adolescentes de una Escuela Secundaria Diurna de la Ciudad de México que cursan el segundo grado

Muestra: Estudiantes adolescentes de una Escuela Secundaria Diurna de la Ciudad de México que cursan en el segundo grado "A" y "D"

Tipo de estudio: Exploratorio - Correlacional

Técnicas de investigación: No experimental transeccional correlacional

Tipo de análisis: Correlacional

Marco teórico

Asertividad

Significa afirmación, confianza en sí mismo, creer en lo justo y buscar un equilibrio en el comportamiento. Es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a otros (Castanyer, Olga 1997).

Es proporcionar una comunicación segura y eficiente. A la persona asertiva no se le dificulta expresar lo que siente, piensa y quiere. Puede comunicarse con amigos, familiares y extraños de forma abierta, directa, franca y adecuada.

La persona asertiva se comunica con los otros de igual a igual, no se siente ni por encima ni por debajo de los demás, se aprecia y valora a sí misma. Es equilibrada, evita los extremos; por un lado la represión o sumisión, y por el otro, la expresión agresiva y destructiva de sus emociones, pensamientos y conductas.

Asertividad es tomar decisiones, hablar clara y honestamente, pedir lo que se quiere y decir no a lo que no se quiere. Es aprender a percibirse con valor, capaz y competente, pero también aceptar las limitaciones, comprender que no siempre se puede acertar, sin embargo intentar lograr siempre los objetivos propuestos, de modo que, se acierte o se falle, aceptarse a sí mismo y conservar el respeto propio y la dignidad.

Ser asertivo depende de contar con una serie de habilidades para actuar correctamente y una serie de convicciones que nos hagan sentir valiosos y dignos de respeto.

Las personas poco asertivas por lo general tienen las siguientes características:

- Son personas consideradas tímidas.
- No se respetan ni son respetadas por los demás.
- La comunicación con los otros no es eficiente.
- Se les dificulta expresar sus propias ideas y sentimientos.
- Se les dificulta dar y recibir cumplidos de forma franca y abierta.
- Sus relaciones interpersonales no son adecuadas o no se dan.
- Son agresivas.
- No respeta a los demás, no toma en cuenta las necesidades de los otros.

No sé es asertivo, porque no se ha aprendido a serlo, la asertividad se aprende por imitación y refuerzo, debido a que:

- La conducta asertiva se ha castigado sistemáticamente.
- Falta de refuerzo suficiente a las conductas asertivas.
- Se ha obtenido más refuerzo por conductas no asertivas o agresivas.
- No se sabe discriminar adecuadamente las situaciones en las que se debe emitir una respuesta concreta.
- No se conocen o se rechazan los derechos que se tienen como persona. En aras

de una “buena educación”, se llega a exagerar en cuanto a las normas de respeto y educación, propiciando que la persona anteponga las necesidades del otro a las propias, haciendo que se sienta inferior a los demás y sin capacidad para cambiar.

- Se poseen pensamientos irracionales que impiden actuar de forma asertiva. Son irracionales porque no responden a una lógica ni son objetivos, pero forman parte de las convicciones de la persona.

Ser asertivo no significa querer llevar siempre la razón, sino expresar nuestras opiniones y puntos de vista, sean estos correctos o no. Todos tenemos también derecho a equivocarnos.

Como cualquier otra habilidad humana, la asertividad es susceptible de aprenderse, entrenarse y mejorarse. Esto se consigue mediante las técnicas denominadas entrenamiento asertivo (o también entrenamiento en habilidades sociales, aunque esto engloba un mayor número de competencias).

Las habilidades sociales y más concretamente la asertividad son habilidades básicas para nuestro desenvolvimiento en la vida diaria. Las personas tenemos intereses y formas de ver el mundo distinto, por lo cual el conflicto interpersonal está a la orden del día. Cuando estas habilidades no están lo suficientemente desarrolladas o se emplean de forma equivocada surge la frustración y la insatisfacción.

Estilos básicos de la conducta interpersonal:

- a. Asertivo
- b. Pasivo
- c. Agresivo.

La función de esta etapa es distinguir entre cada uno de los estilos, reconociendo la mejor forma de actuar de acorde con el estilo asertivo. Nos ayudará también a reconocer nuestros errores en este ámbito.

El comportamiento pasivo lleva a baja autoestima, depresión, problemas de identidad y desmotivación.

El comportamiento agresivo es lo contrario. A este tipo de personas no les importan los demás, lo primordial es conseguir hacer su voluntad y no importa por encima de quien hay que pasar. Se expresa sin contemplaciones, incluso a veces de manera brutal

porque no tiene ningún tipo de respeto hacia los demás. Según su punto de vista los demás están ahí para servirle, porque él se considera el centro del universo.

El comportamiento agresivo lleva a manipular, ofender, ignorar, a la insatisfacción, maltratar físicamente y/o emocionalmente.

Derechos asertivos

- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Tener y expresar mis propios sentimientos y opiniones
- Ser escuchado y tomado en serio
- Juzgar mis necesidades, establecer mis prioridades y tomar mis propias decisiones
- Decir “NO” sin sentir culpa
- Pedir lo que quiero dándome cuenta que los demás también tienen derecho a decir “no”
- Cambiar.
- Cometer errores.
- Pedir información y ser informado.
- Obtener aquello por lo que pagué.
- Decidir no ser asertivo.
- Ser independiente
- Decidir qué hacer con mis propiedades, cuerpo, tiempo, etc., mientras no se violen los derechos de otras personas
- Tener éxito
- Gozar y disfrutar
- Descanso y aislamiento
- Superarme aun superando a los demás
- “Si no defendemos nuestros derechos con frecuencia, estamos enseñando a los demás a aprovecharse de nosotros”

Solución de problemas

Se puede definir el problema como "el fracaso para encontrar una respuesta eficaz". La solución de problemas es útil para reducir la ansiedad asociada a la incapacidad para

tomar decisiones. El programa de solución de problemas consta de cinco fases (Reynoso, 2005).

Se tienen identificadas tres estrategias heurísticas (manera de buscar la solución de un problema mediante métodos no rigurosos, como por tanteo, reglas empíricas, etc.) de juicio o de procesamiento de información que pueden afectar de manera negativa la veracidad de los procesos de razonamiento cuando las personas toman decisiones. (Tversky y Kahnemann, 1974)

- **Juicio de disponibilidad.** Se utiliza cuando se trata de estimar la frecuencia de una clase o la probabilidad de un evento basándose en la facilidad con la que los elementos de dicha clase o evento vienen a la mente. Puede afectar la predicción de un terapeuta con relación al riesgo de suicidio de un paciente nuevo si un caso reciente involucró a una persona que haya consumado el suicidio cuando el riesgo inicial se pensó que era bajo.
- **Juicio de representatividad.** Ocurre cuando se intenta evaluar el grado con que algunos eventos se relacionan entre sí. ¿Cuál es la probabilidad de que A esté asociado con B o de que A sea miembro de la clase B?, ¿es posible que el evento A causase el evento B, o de que B causase A? Un problema importante se presenta cuando se llega a un esquema mediante una característica debida a la exclusión de otros conceptos.
- **Anclaje.** Se presenta cuando se emplea un método de cálculo como atajo, según el cual las decisiones finales se basan más en las impresiones iniciales que en la información posterior, aunque esta nueva información se contraponga a aquellas. Es importante hacer una exploración más amplia de las áreas en las que el paciente presente problemas.

El **proceso de solución de problemas** es una técnica de formulación de caso y diseño de tratamiento, se centra en dos importantes procesos de resolución de problemas. La orientación y la resolución racional del problema.

1. Orientación del problema

La orientación del problema alude al conjunto de respuestas orientadoras (por ejemplo, creencias religiosas, suposiciones, valoraciones y expectativas) con las que se compromete el individuo cuando pretende entender y reaccionar ante los problemas en general. En esencia, esto representa la visión del mundo de una

persona respecto de los problemas; en otras palabras, se trata de los marcos conceptuales subyacentes que representan la comprensión, por parte de una persona, del funcionamiento del mundo. La orientación es sobre todo una actividad cognitiva.

2. Resolución racional del problema

Consta de un conjunto de operaciones cognitivas y conductuales específicas, útiles para resolver los problemas con eficacia. Entre ellas se encuentran:

- La definición de problemas
- La generación de opciones
- La toma de decisiones
- La evaluación de los resultados

El objetivo de la **definición de problemas** es delinear las razones por las cuales una situación determinada se convierte en problema (por ejemplo la presencia de obstáculos), así como especificar un grupo de metas y objetivos realistas que contribuyan a guiar las medidas siguientes para alcanzar la solución. Describir con detalle el problema y la respuesta habitual a dicho problema. Al describir la situación y la respuesta en términos de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y por qué, se verá el problema de forma más clara. Al describir la respuesta debe añadirse qué objetivos se pretenden lograr, es decir: si se cumpliera todo o parte del objetivo significaría que el problema estaría resuelto o en vías de resolución. Lo importante es establecer una meta realista para resolver el problema, de tal forma que se cerciore si éste es realmente el problema principal.

El propósito de la **generación de opciones** es crear, usando diversos principios de lluvia de ideas, una lista extensa de posibles soluciones con el fin de aumentar la probabilidad de identificar en última instancia las ideas más eficaces.

La meta de la **toma de decisiones** es efectuar un análisis sistemático de conveniencia de las diversas opciones al identificar y luego sopesar sus consecuencias positivas y negativas potenciales y, después, con base en esta evaluación, diseñar un plan general de solución. Teniendo la lista completa de ideas se descartan las que no sean factibles, a continuación se evalúan las consecuencias positivas o negativas que pueda tener cada respuesta y se les asigna un valor de 0 a 10. La toma de decisiones se inicia valorando los resultados factibles para cada una de las respuestas seleccionadas, para ello se puede realizar un balance decisonal.

El propósito de la **evaluación de los resultados** es supervisar y evaluar la eficacia de un plan de solución, y corrección, si el resultado es insatisfactorio. Si la solución no es eficaz, el solucionador de problemas debe reciclarla mediante las diversas actividades de resolución de problemas, para entonces determinar el punto al cual deben dirigirse las medidas renovadas con el fin de resolver bien el problema.

Referencias

- Reynoso, E. L. y Seligson, N. I. *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque conductual*. Ed. Manual Moderno. México, 2005.
- Castanyer, Maier-Spiess O. *Asertividad, expresión de una sana autoestima*. 3º ed. Ed. Descleé de Brouwer. España, 1997.
- Fensterheim, H. y Baer, J. *No digas si cuando quieras decir no. Aprenda a comunicarse de forma asertiva*. Ed. De Bolsillo. España, 2010.
- Nezu, A. M., Nezu, C. y Lombardo, E. *Formulación de casos y diseño de tratamiento cognitivo-conductual. Un enfoque basado en problemas*. Ed. Manual Moderno. México, 2006.
- Cuevas, P. A. *Comunicación emocional asertiva*. Taller comunicación emocional asertiva. UNAM, México, 2015.
- Bello, G. *Autoestima y Asertividad*. Taller de orientación educativa. UNAM. México, 20014.

Anexo 9. Tarea 7

Investigar:

- a. ¿Qué drogas existen?
- b. ¿Cómo se define una adicción?
- c. Propuesta de tres videos, blogs, conferencias, etc., para la prevención de adicciones
- d. Buscar dos lugares donde atiendan a un adolescente con problemas de consumo de sustancias

Nota aclaratoria: para los fines del programa se pedía buscar información de la forma en que lo harían los adolescentes, ya fuera de libros, blogs, portales, artículos; por tal motivo se hizo transcripción de los conceptos.

La OMS define **adicción a las drogas o al alcohol** como “el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio”. (WHO, Glosario de términos).

“**Adicción**” es un término antiguo y de uso variable. Es considerado por muchos expertos como una enfermedad con entidad propia, un trastorno debilitante arraigado en los efectos farmacológicos de la sustancia, que sigue una progresión implacable. Entre las décadas de 1920 y 1960, se hicieron varios intentos para diferenciar entre “adicción” y “habitación”, una forma menos severa de adaptación psicológica. En la década de los años 60 la Organización Mundial de la Salud recomendó que dejaran de usarse ambos términos a favor del de **dependencia**, que puede tener varios grados de severidad”. (WHO, Glosario de términos).

¿Qué drogas existen?

Las más comunes aparecen en el cuadro de abajo, pero Alexander Shulging desarrollo los procesos para sintetizar 234 drogas psicoactivas.

Droga	Forma de consumo	Efecto
Tipo: Depresor		
Alcohol	Oral	Adicción (alcoholismo), mareos, náusea, vómitos, resacas, dificultad de expresión, sueño interrumpido, problemas motores, conducta agresiva, problemas al embarazo, depresión respiratoria y muerte (en dosis altas).
Benzodiasepinas	Oral o inyectada	Falta de apetito, fiebre, convulsiones y dolores de cabeza severos. Alto riesgo al VIH, hepatitis y otras infecciones. Paranoia, alucinaciones, repetición de movimientos y tareas sin sentido y excesivos, estremecimientos, tics musculares, sensación de energía o mucho sueño.
Marihuana	Fumada o consumida	Ojos rojos, boca seca, uso de razón limitado o afectado, noción del tiempo alterada, habilidades que requieren concentración o coordinación son afectadas, como manejar un coche; paranoia, ataques de ansiedad intensificados, percepción alterada, se dificulta el asimilar información nueva; problemas con el aprendizaje, memoria, percepción y el criterio; problemas con el habla, con escuchar, pensar, atención de información y resolución de problemas.
Tipo: Relajante		
Tabaco	Fumado	Adicción, problemas con el corazón, la laringe, el esófago, la vejiga, el páncreas, el riñón y la boca; cáncer pulmonar, enfisema y bronquitis crónica, aborto espontáneo, los niños nacen pesando poco.
Benzodiasepinas	También se considera depresiva y estimulante.	
Tipo: Estimulante		
Anfetaminas	Oral, inyectado, ingerido o fumado	Adicción, irritabilidad, ansiedad, presión alta, paranoia, psicosis, agresión, convulsiones, pupilas dilatadas, mareos, falta de sueño, falta de apetito, malnutrición, altos riesgos de VIH, hepatitis y otras enfermedades contagiosas si es inyectado.
Metanfetaminas	Oral, inyectado, ingerido o fumado	Adicción, irritabilidad, agresión, hipertermia, derrames cerebrales, paranoia, psicosis, convulsiones, toxicidad en el corazón y los vasos sanguíneos, alucinaciones, arritmia, sensación de que insectos andan por debajo de la piel.
Éxtasis	Oral	Disturbios psiquiátricos como el pánico, la ansiedad, la depresión y la paranoia. Tensión muscular, náusea, visión borrosa, transpiración, palpitaciones elevadas, estremecimientos, alucinaciones, desmayos, escalofríos, problemas para dormir y falta de apetito.
Benzodiasepinas	También se considera depresiva y relajante	

Efedrina	Oral	Palpitaciones elevadas y presión alta. Ataques epilépticos, infartos, derrames cerebrales y muerte.
Drogas de diseño	Inyectado, ingerido o fumado	Parálisis respiratoria instantánea. Alta posibilidad de sobredosis por su potencia. Muchos de los efectos de la heroína.
Cocaína	Inhalada, fumada o disuelta en agua e inyectada	Adicción, dilatación de las pupilas, presión y latidos del corazón elevados. Respiración elevada, ataques epilépticos, infartos, insomnio, ansiedad, inquietud, irritabilidad, temperatura elevada, muerte por sobredosis.
Crack	Fumado	Igual que la cocaína.
Tipo: Opiáceos		
Heroína	Smack. Suele ser inyectado.	Adicción. Vocalización poco clara, paso lento, pupilas contraídas, párpados perezosos, problemas con la visión nocturna, adormecimiento, depresión respiratoria o falta de respiración, resequedad de la piel, infecciones epidérmicas. Alto riesgo a VIH, hepatitis y otras enfermedades contagiosas si se inyecta.
Morfina	Inyectable	Mismos que la heroína
Tipo: Alucinógeno		
PCP	Ingerido, fumado, oral o inyectado.	Alucinaciones. Experiencias de desdoblamiento, problemas con la coordinación motriz, inhabilidad de sentir dolor, ataques respiratorios, desorientación, temor, pánico, agresión, alto riesgo al VIH, hepatitis y otras enfermedades contagiosas si se inyecta. Muerte.
LSD (Lysergic Acid Diethyl amide)	Oral como gelatina, líquido puesto en los ojos.	Fiebre y presión elevada, falta de apetito, falta de sueño, estremecimientos, alucinaciones crónicas.
Hongos	Masticados o hervidos y tomados como té.	Presión elevada, transpiración, náusea, alucinaciones extremas que pueden provocar locura temporal.
Tipo: Inhalantes		
Inhalantes	Se inhalan los vapores	Dolor de cabeza, debilidad muscular, dolor en el abdomen, cambios drásticos en el humor, agresión, náusea, sangra la nariz; daño a: hígado, riñón y pulmones; desequilibrios químicos peligrosos, falta de coordinación, fatiga, falta de apetito, se disminuye la capacidad de oír y la respiración, hepatitis o neuropatía periférica por uso constante.
Tipo: Anabólicos		
Esteroides	Oral o inyectado	Cáncer del hígado, esterilidad, rasgos masculinos en mujeres y femeninos en los hombres, agresión, depresión, acné, cambios de humor.

<http://sinaddictus.com/drogas-y-alcohol/tipos-de-drogas-y-sus-efectos/>

Anexo 10. Tarea 8

Investigar:

- a. Problemas que llevan a un adolescente a consumir
- b. Soluciones que tiene un adolescente para sus problemas
- c. Habilidades:
 - ii. Toma de decisiones
 - iii. Empatía

Nota aclaratoria: para los fines del programa se pedía buscar información de la forma en que lo harían los adolescentes, ya fuera de libros, blogs, portales, artículos; por tal motivo se hizo transcripción de los conceptos.

Problemas que llevan a un adolescente a consumir (Salud pública, 2003)

➤ Factores asociados con la iniciación

Los inhalables son las sustancias de inicio más temprano, seguidos por la marihuana; el consumo de cocaína se inicia a partir de los 11 o 12 años, sin embargo, cuando adolescentes inician el uso después de los 14 años, es más probable que lo hagan con marihuana o cocaína que con sustancias inhalables.

Las calles o los parques son los lugares en donde con más frecuencia se obtienen las diferentes drogas; cerca de la mitad de los usuarios de marihuana (49%) y de alucinógenos (47%), y cerca de una tercera parte de aquellos que reconocieron haber usado inhalables (38%) y cocaína (31%) adquirieron las drogas en estos lugares; las casas particulares son lugares usuales para la adquisición de estas dos últimas drogas (32 y 29%); las fiestas son lugares comunes para la marihuana (25%) y para la cocaína (23%), en tanto que las discotecas sólo fueron lugares importantes para la adquisición de esta última sustancia (12%).

Las razones más importantes en los varones para usar drogas fueron ver si les gustaba (27%); porque les dijeron que se sentía bien (22%) o porque sus amigos las estaban usando (16%); entre las mujeres, que se sentía bien fue la razón más importante (26%), en segundo lugar dijeron haber probado la droga para ver si las tranquilizaba (20%) y en tercer lugar para ver si les gustaba (14%). Doce de cada 100 varones respondieron que usaron la droga para ver si los tranquilizaba y 10 de cada 100 mujeres, porque sus amigos las estaban usando. El 7% de los varones reportó haberlas usado por no tener otra cosa que hacer; esta razón no fue proporcionada por las mujeres de la muestra.

➤ Factores con los que se asocia el consumo

Disponibilidad y uso de sustancias

El 35% de adolescentes informaron que les era fácil obtener drogas, a 21% de los varones y a 10% de las mujeres de hecho se las habían ofrecido. El 67% de los varones y 57% de las mujeres que habían usado drogas dijo que un amigo se las había proporcionado por primera vez, 18% de los varones y 40% de las mujeres habían obtenido la droga por primera vez de un familiar, 6 y 4% respectivamente, un compañero de la escuela, y solamente 5% de los varones, y ninguna mujer, reportó que la habían obtenido de un vendedor.

Tolerancia social y uso de sustancias

En general existe poca tolerancia social para el consumo de drogas, más de 90% de los varones y de las mujeres afirmaron que sus papás, y 83 y 91% que sus amigos verían mal si ellos o ellas usaran drogas; la percepción sobre la aceptación del consumo entre los jóvenes es mayor, 38% de los varones y la misma proporción de mujeres consideraron que los jóvenes en general ven bien o, con indiferencia, el consumo. Sin embargo, al analizar la relación entre la percepción de aceptación y el consumo de drogas se encuentran diferencias interesantes, siendo más frecuente el uso cuando el menor percibe aceptación social hacia el consumo; solamente 3% de quienes perciben poca tolerancia en sus padres aceptaron consumir drogas, en comparación con 14% de quienes perciben tolerancia; la misma tendencia se observa en relación con la tolerancia por parte de amigos cercanos, 1.8 y 5.2% entre hombres y mujeres, respectivamente.

Consumo en el entorno inmediato y el uso de drogas

El 1.8% de adolescentes varones confirmaron que su papá consumía drogas, para 0.2% era la madre, y 2.1% reconoció a algún hermano como consumidor. Las mujeres reportaron índices similares de exposición a las drogas en su medio inmediato; los índices entre éstas fueron 1.1, 0.5 y 2.4%, respectivamente. Cuando esto ocurre es más probable que el menor experimente con drogas, así es más probable que un menor pruebe las drogas cuando sabe que su padre las usa y que continúe usándolas después de haber experimentado con ellas. Cuando es la madre la que abusa de sustancias, el riesgo de que el menor experimente también aumenta. Los hermanos son la influencia más poderosa, 15.7% de los menores cuyos hermanos eran usuarios de drogas las habían experimentado y 8.8% continuaba el uso, en comparación con solamente 2 y 0.7% de aquellos que no tenían hermanos usuarios. El uso entre amigos es también un

predictor importante del consumo, 12.7% de los varones y 9.3% de las mujeres reportaron que sus amigos usaban sustancias; 9.4% de aquellos cuyo mejor amigo usaba drogas había a su vez experimentado con ellas, en comparación con solamente 1.5% de aquellos cuyo mejor amigo no las usaba.

Percepción de riesgo y uso de sustancias

En general los jóvenes perciben que es riesgoso usar sustancias, 76% de los varones y 80% de las mujeres indicaron que consumir marihuana o cocaína era peligroso. Las razones más importantes que aducían los no usuarios por no haber usado drogas fueron el considerar que podía ser dañino para la salud (40 y 43%) y el que no les interesaba (28 y 32%); el temor a tener problemas con los padres ocupó el tercer lugar (11 y 9%), en tanto que la percepción de ilegalidad (0.5 y 0.2%) no es un factor importante.

La percepción de riesgo es un factor que afecta poco la decisión del adolescente de experimentar con drogas; 2.6% de los experimentadores consideraron que usar drogas era peligroso, en comparación con 2.6% que aseveró que no lo era. Sin embargo, esta variable es importante para detener el uso de los menores después de haber experimentado; aquellos que consideraron que usar drogas es muy peligroso presentaron frecuencias de consumo 3.8 veces inferiores.

Estudio, trabajo y uso de drogas

La asistencia a la escuela sigue teniendo una influencia considerable en las prácticas de consumo; mientras que 5.9% de los menores que no asistían a la escuela habían consumido una o más drogas, esto ocurría solamente en 2.2% de aquellos que asistían a la escuela. De manera similar 84% de los varones y 69% de las mujeres que habían usado drogas tenían un mal desempeño escolar. Sin embargo, la asistencia a la escuela es sólo un factor protector para los varones; ya que de los que asisten sólo 2.9% consumen drogas, en tanto que los que ya no asisten consumen en 11.4%. En comparación con las mujeres, de las que estudian 1.3% consume drogas, y el porcentaje es muy similar para quienes ya no estudian: 0.8%. Los menores que trabajan y que perciben un salario experimentaron con más frecuencia con drogas, 5.2%, en comparación con los que no habían trabajado (1.8%); de manera similar, 1.3 y 0.8% habían usado drogas en más de cinco ocasiones.

Problemas emocionales y uso de sustancias

Uno de cada cinco adolescentes encuestados informaron de síntomas de depresión, aunque el uso de drogas y la escala de sintomatología depresiva se midieron por

separado, se observó que la presencia de esta sintomatología se asoció con la experimentación con drogas, así 5.2% de aquellos por arriba del punto de corte de la escala reportaron haber experimentado con sustancias, en comparación con solamente 1.6% de aquellos que no presentaban síntomas de malestar emocional de tipo depresivo. Quienes presentaron estos síntomas con más frecuencia continuaron usando las drogas una vez iniciado el consumo. El 1.34% de adolescentes entrevistados dijeron haber intentado suicidarse; este índice era cinco veces más elevado entre quienes usaban drogas y tuvo una incidencia cinco veces mayor entre quienes reportaron tener problemas con el alcohol o las drogas.

Otra problemática muy asociada al período adolescente, es la de las *adicciones*. Respecto a este tema, Roldán (2001) considera que en esta problemática confluyen factores de riesgo individuales (como impulsividad y/o agresión antisocial), familiares (como uso de drogas por padres o hermanos) y culturales o sociales (como una alta disponibilidad de drogas y alcohol y falta de normativas). Otro autor que ha trabajado este tema han sido Florenzano Urzúa (1998) quien opina que existe en varios países un aumento de la misma, y que se ha demostrado una secuencia progresiva de consumo de sustancias, partiendo por las legales (cigarrillo y alcohol), para pasar por marihuana a una edad algo mayor y terminar, al fin de la adolescencia con consumo de cocaína y otras sustancias ilegales más tóxicas. También se observó que, en general, los padres tienden a subestimar el consumo de sustancias químicas entre sus hijos. En concordancia con lo anterior, en el estudio realizado por Landero Hernández & Villarreal González (2007), se señala una relación directa entre el consumo de alcohol de los progenitores y el de sus hijos adolescentes, destacándose que el uso de alcohol por parte del padre es el principal predictor del mismo tipo de consumo en el adolescente, sin desestimar la importancia de la presión grupal en el consumo. Se infiere la necesidad de implicar a los padres en los procesos preventivos a fin de crear un ambiente familiar positivo y ofrecer a los hijos un modelo racional controlado en el uso familiar de bebidas alcohólicas. Así, los jóvenes podrán ser menos vulnerables a la presión grupal, variable que ha sido relacionada con el consumo de alcohol.

Factores protectores en la adolescencia (Terapia psicológica, 2011)

Donas Burak (2001) plantea que existen dos tipos de *factores protectores*:

- **Factores protectores de amplio espectro**, o sea, indicativos de mayor

probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos.

- Familia contenedora, con buena comunicación interpersonal
 - Alta autoestima
 - Proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado
 - Locus de control interno bien establecido
 - Sentido de la vida elaborado
 - Permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia.
- **Factores protectores específicos a ciertas conductas de riesgo.**
 - El uso de cinturón de seguridad (que reduce o evita accidentes automovilísticos)
 - No tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, Sida)
 - No fumar (reduce o evita el cáncer de pulmón y enfisema).

Para elaborar un programa de prevención en el desarrollo de sector adolescente es necesario tomar en cuenta:

- Atención multidisciplinaria
- Participación social, involucrar a la sociedad en un porcentaje lo más alto posible
- Tomar en cuenta los diferentes sectores sociales que puedan estar involucrados
- Revisión integral de la salud
- Tener participación de padres y profesores

Para que los adolescentes tengan la capacidad de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas es necesario que la relación familiar sea estable o al menos lo sea con uno de los padres, esto es con el objeto de que cuenten con un apoyo emocional; de no ser posible contar con los padres deben tener ese apoyo con personas significativas en momentos difíciles; la educación es otro factor importante, ésta debe ser abierta, clara y con límites claros; apoyo social; afrontamiento positivo producto de los modelos sociales; deben tener responsabilidades sociales, pero de forma parcial, sin embargo, deben establecer metas realistas y exigirse alcanzarlas; es necesario que sean competitivos cognitivamente, para lo cual se requiere, como mínimo, un nivel intelectual promedio; autoestima alta o por lo menos a un nivel funcional para afrontar situaciones estresantes.

Empatía

La empatía se refiere al mejor modo como el terapeuta puede entrar en el mundo del paciente, ver y experimentar la vida como lo hace éste. De hecho, el terapeuta experimentará, en cierto grado, los sentimientos del paciente. En la medida en que su empatía sea adecuada, el terapeuta podrá entender cómo estructura el paciente ciertos eventos y cómo responde a ellos. Es más, puede dejar entrever que es capaz de compartir en cierto modo la angustia del paciente. (Beck, pp.53, 2010)

La *empatía* es reaccionar a los sentimientos de otros con una respuesta emocional que es similar a lo que otros sienten (Eisenberg, 2005; Hoffman, 2002). Aunque la empatía se experimenta como un estado emocional es, a menudo un componente cognitivo. El componente cognitivo es la habilidad de discernir los estados psicológicos internos de otros, o lo que se llama «tener perspectiva». (Santrock, pp. 273, 2006)

Solución de problemas

Situaciones específicas de la vida, ya sean presentes o anticipadas, que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan a ellas, debido a la presencia de distintos obstáculos (Nezu, pp. 7 – 9, 2006).

¿Qué es un problema?

Muchas personas carecen de la capacidad de encontrar una gama amplia de soluciones ante las situaciones que considera conflictivas o problemáticas, pues en su repertorio conductual y cognitivo no ha construido o ejercitado estas habilidades.

Cualquier respuesta de afrontamiento encaminada a modificar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o, ambas.

El entrenamiento en solución de problemas es un proceso cognitivo y conductual que ayuda al sujeto a hacer disponibles una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse con situaciones problemáticas; y a la vez incrementa la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces de entre las alternativas posibles.

Se puede definir el problema como "el fracaso para encontrar una respuesta eficaz". La solución de problemas es útil para reducir la ansiedad asociada a la incapacidad para tomar decisiones. El programa de solución de problemas consta de cinco fases (Reynoso, pp. 68-69, 2005):

- 1) Perfil del problema
- 2) Definición y formulación del problema
- 3) Generación de posibles soluciones o alternativas
- 4) Toma de decisiones
- 5) Evaluación de los resultados

El **proceso de solución de problemas** es una técnica de formulación de caso y diseño de tratamiento, se centra en dos importantes procesos de resolución de problemas. La orientación y la resolución racional del problema.

Orientación del problema. La orientación del problema alude al conjunto de respuestas orientadoras (por ejemplo, creencias religiosas, suposiciones, valoraciones y expectativas) con las que se compromete el individuo cuando pretende entender y reaccionar ante los problemas en general. En esencia, esto representa la visión del mundo de una persona respecto de los problemas; en otras palabras, se trata de los marcos conceptuales subyacentes que representan la comprensión, por parte de una persona, del funcionamiento del mundo. La orientación es sobre todo una actividad cognitiva.

Resolución racional del problema. Consta de un conjunto de operaciones cognitivas y conductuales específicas, útiles para resolver los problemas con eficacia. Entre ellas se encuentran:

- La definición de problemas. Delinear las razones por las cuales una situación determinada se constituye en problema.
- La generación de opciones. Crear, usando diversos principios de lluvia de ideas, una lista extensa de posibles soluciones con el fin de aumentar la probabilidad de identificar en última instancia las ideas más eficaces.
- La toma de decisiones. Efectuar un análisis sistemático de conveniencia de las diversas opciones al identificar y luego sopesar sus consecuencias positivas y negativas potenciales y, después, con base en esta evaluación, diseñar un plan general de solución. Teniendo la lista completa de ideas se descartan las que no sean factibles, a continuación se evalúan las consecuencias positivas o negativas que pueda tener cada respuesta y se les asigna un valor de 0 a 10 (balance decisional).
- La evaluación de los resultados. Supervisar y evaluar la eficacia de un plan de

- solución, y corrección, si el resultado es insatisfactorio. Si la solución no es eficaz, el solucionador de problemas debe reciclarla mediante las diversas actividades de resolución de problemas, para entonces determinar

Norma. (al. *Norm*; fr. *norme*; ingl. *norm*; it. *norma*). Regla de carácter descriptivo a la que se hace referencia para disponer de un criterio de juicio, de valor o de comprensión. Esta definición general encuentra su especificación en el carácter estadístico, axiológico o funcional de la norma, cuyo significado depende de la modalidad paradigmática que asume en cada ocasión (Galimberti, 2002).

Regla. Principio que se impone o se adopta para dirigir la conducta o la correcta realización de una acción o el correcto desarrollo de una actividad.

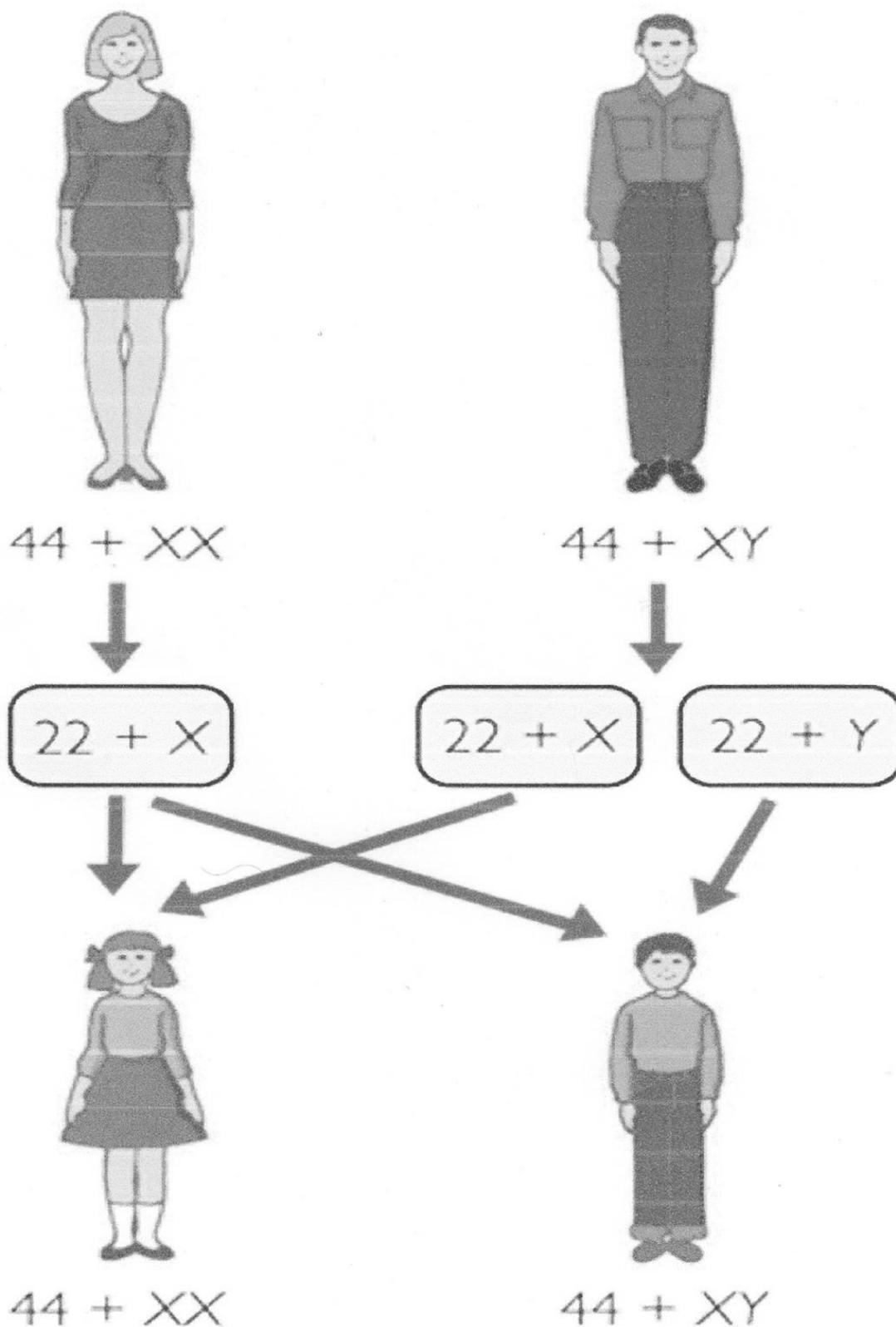
Referencias

- Beck, Aron, et.al. *Terapia cognitiva de la depresión*. 19ª ed. Ed. Biblioteca de Psicología. Descleé de Brouwer. España, 2010.
- Galimberti, U. *Diccionario de Psicología*. Trad. María Emilia G. de Quevedo. Ed. Siglo XXI, Editores S.A. de C.V. México, 2002.
- Nezu, Arthur M., Nezu, Christine, Lombardo, Elizabeth. *Formulación de casos y diseño de tratamiento cognitivo-conductual. Un enfoque basado en problemas*. Ed. Manual Moderno. México, 2006.
- Psicología conductual, Vol. 8, No. 1, 2000, pp. 19 – 32. *Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes*. Graña, G.J.L., Muñoz-Rivas, M. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Reynoso, Erazo Leonardo y Seligson, Nisenbaum Issac. *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque conductual*. Ed. Manual Moderno. México, 2005.
- Salud Pública México, Vol.45 supl.1. Cuernavaca, enero 2003. *Versión impresa* ISSN 0036-3634. Medina-Mora. M. E., et.al. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, D.F., México. Secretaría de Salud, México, D.F., México. Artículo original “*Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998*”. (Drug used among adolescents: results from the National Survey on Addictions, 1998).

Santrock, John. *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. 10ª ed. Ed. McGrawHill/Interamericana, España, 2006. pp. 273.

Terapia Psicológica. Vol. 29, No.1, pp. 85-95. Santiago, Julio, 2011. Copyright 2011 by Sociedad Chilena de Psicología Clínica ISSN 0716-6184 (impresa), ISSN 0718-4808 (en línea) Artículos originales. *Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión* (Risk and Protective Factors in Adolescence: Content Analysis Through Discussion Groups). Paramo, María de los Ángeles. Universidad del Aconcagua, Argentina. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>

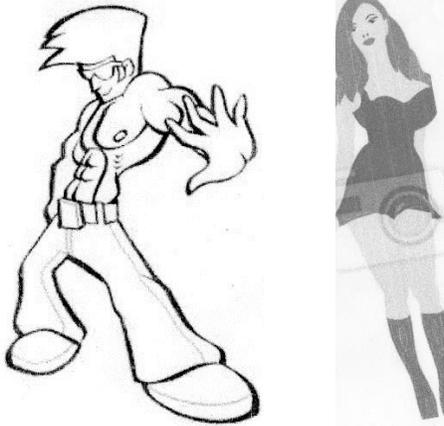
Anexo 11. Sexo biológico



FUENTE: Herencia ligada al sexo. <https://dimequiensoy.wikispaces.com/10.+HERENCIA+LIGADA+AL+SEXO>

Anexo 12. Etapas del amor

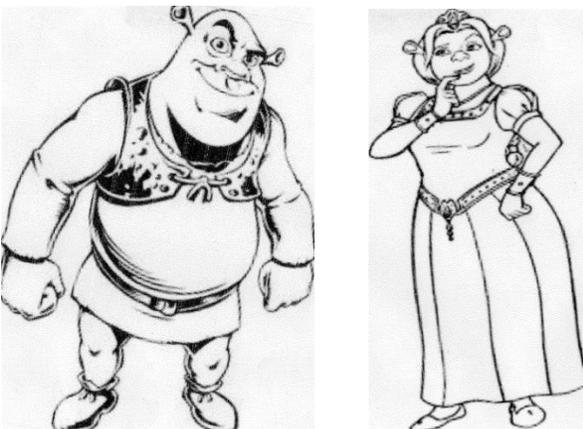
Atracción



Enamoramiento



Desilusión



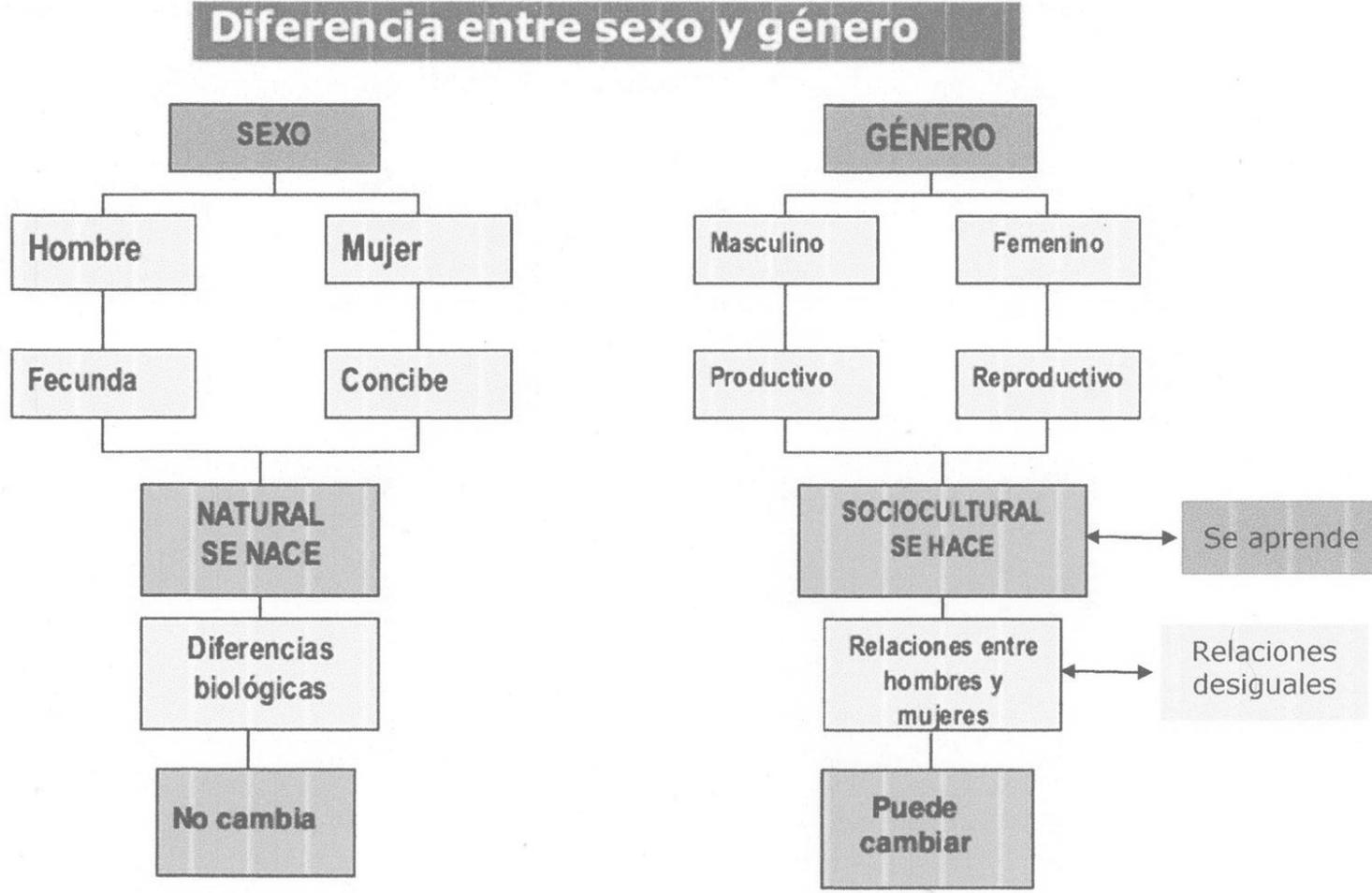
Aceptación



Amor maduro

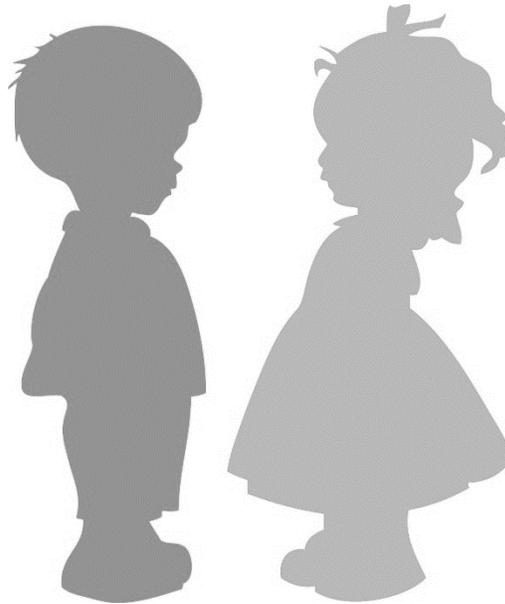


Anexo 13. Diferencia entre sexo y género

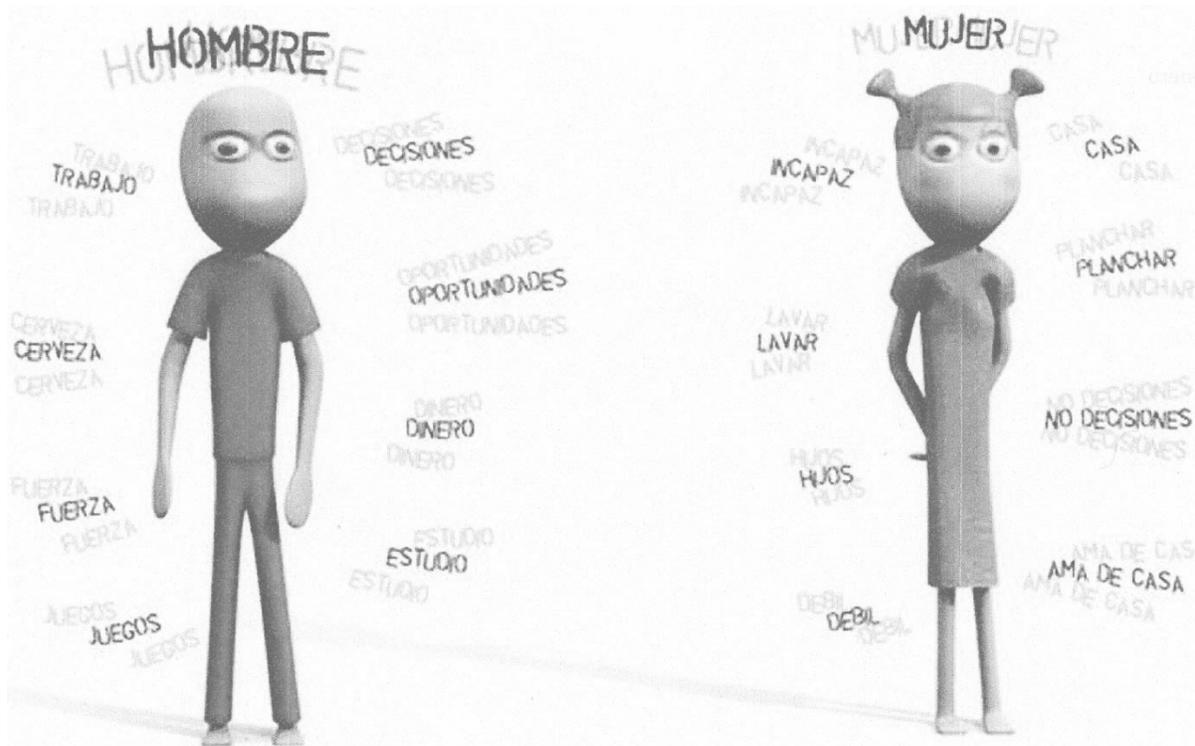


FUENTE: INMUJER. <http://es.sideshare.net/MaraLuisaCabraIBowling/conceptos-bsicos-sexo-y-gnero>

Anexo 14. Género



FUENTE: Aprendiendo a entender. <http://aprendiendo-a-entender.blogspot.mx/2014/09/cuestion-de-genero-cuestion-de-sexo.html>



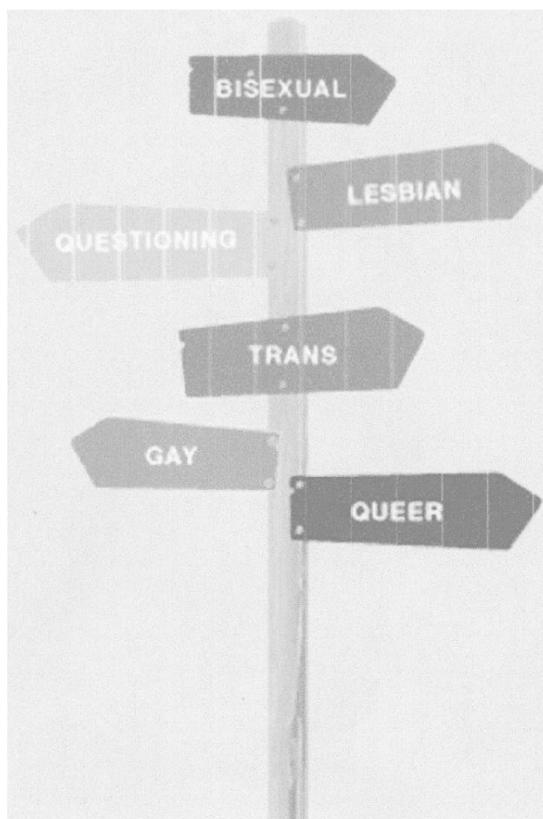
FUENTE: En zona feminista. Género y desigualdad: ¿Sigue vigente el modelo patriarcal?
http://reflexioneseneldivan.blogspot.mx/2014_08_01_archive.html

Anexo 15. Rol de género

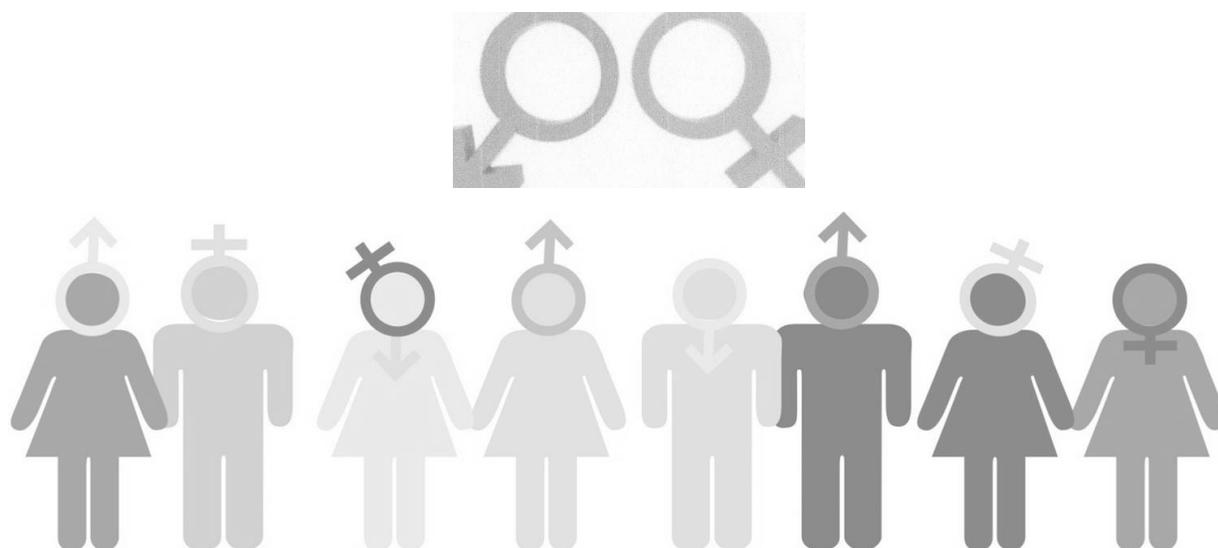


FUENTE: Comunidad 2013. <https://comunidad2013.wordpress.com/2013/05/13/el-triple-rol-de-la-mujer/>. Orientación educativa...Punto de encuentro juvenil. <http://puntodencuentrojuvenil.blogspot.mx/2012/06/equidad-y-genero-rol-de-la-mujer.html>

Anexo 16. Orientación sexual



FUENTE: Sana Sana Latino Health Magazine. <http://www.sanasana.com/latinohealthmagazine/todo-sobre-la-orientacion-sexual/>



FUENTE: Manual educativo de orientación sexual e identidad de género en la Escuela. <https://creandoysonando.wordpress.com/2015/06/28/manual-educativo-de-orientacion-sexual-e-identidad-de-genero-en-la-escuela/>

Aprendamos sobre sexualidad

by www.ItsPronouncedMetrosexual.com

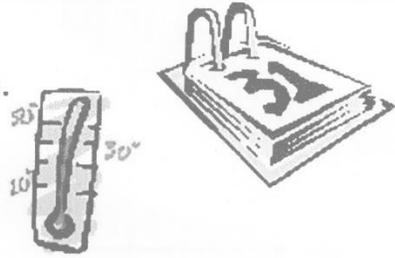


FUENTE: CENICIENTA 3.0 Construye tu curso. Aprendamos sobre sexualidad.
<http://itspronouncedmetrosexual.com/>

Anexo 18. Métodos anticonceptivos

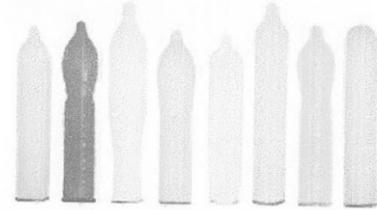
• Métodos naturales:

- Abstinencia periódica (O gino-Knaus).
- Temperatura basal.
- Moco cervical.
- Coito interrumpido.



• Métodos de barrera:

- Preservativo o condón:
 - Masculino.
 - Femenino.
- Diafragma.
- Capuchón cervical.
- Espermaticidas y duchas vaginales.



• Métodos Hormonales:

- Anticonceptivos orales.
- Parenterales (Inyectados e implantables).

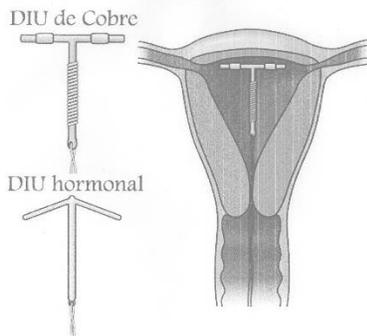


• Dispositivos intrauterinos.

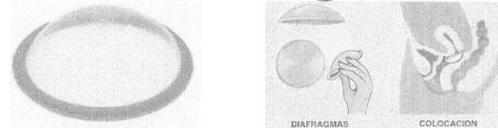
• Esterilización quirúrgica.



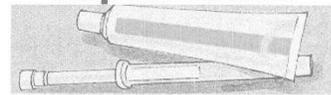
DIU



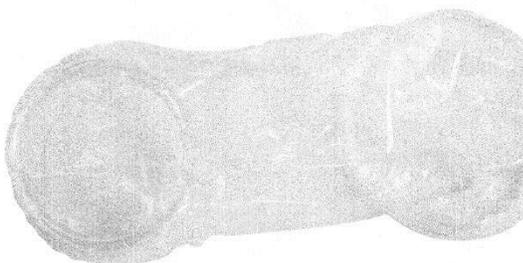
Diafragma



Espermicida



Condón femenino



Condón masculino



Anexo 19. Cuestionario de Habilidades para la Vida

CUESTIONARIO HABILIDADES PARA LA VIDA

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 SEXO: (H) (M) GRADO Y GRUPO: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: Responde con sinceridad a las siguientes preguntas, **para ello piensa en ti antes de responder**. Contesta colocando una **X** en la casilla que consideres más adecuada. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas, solo nos interesa tu opinión. **Todas tus respuestas son confidenciales**. Si tienes alguna duda levanta la mano y un facilitador se acercará.

REACTIVO	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
1. Tengo pensamientos positivos sobre mi persona.				
2. Conozco y respeto mis gustos.				
3. Me considero una persona fea y torpe.				
4. Me acepto como soy.				
5. Se me dificulta reconocer mis habilidades y mis capacidades.				
6. Sé cuándo me enojo.				
7. Sé cuándo estoy nervioso.				
8. Sé cuándo estoy feliz.				
9. Sé cuándo estoy triste.				
10. Se me dificulta reconocer mis emociones.				
11. Se me facilita relajarme.				
12. Cuando me enojo grito, golpeo, insulto, etc.				
13. Pienso antes de actuar.				
14. Para relajarme, respiro profundamente.				
15. Sé convivir con mis compañeros y compañeras con respeto.				
16. Me preocupo por el bienestar de los demás.				
17. Cuido a los demás.				
18. Me siento bien cuando le va mal a alguien que no me agrada.				
19. Me gusta saber que puedo ayudar a los demás.				
20. Puedo decir que no cuando mis amigos me presionan para hacer algo que yo no quiero.				
21. Puedo expresar lo siento con respeto.				
22. Cuando expreso mi opinión no escucho a los demás.				
23. Soy capaz de escuchar las opiniones de los demás cuando debemos llegar a acuerdos.				
24. Cuando debemos organizarnos para hacer algo (trabajo, exposición, salida en familia, etc.), no expreso mis opiniones.				
25. Hago propuestas, cuando debemos organizarnos para hacer algo (trabajo, exposición, salida en familia, etc.).				
26. Cuándo hacemos trabajos en equipo se me complica tomar en cuenta propuestas de los demás				
27. Cuando debo solucionar un problema no pienso en las consecuencias.				
28. Cuando debo tomar una decisión pienso en diferentes opciones.				
29. Cuando debo tomar una decisión, busco tener consecuencias positivas.				
30. Puedo enfrentar las consecuencias de mis decisiones.				

Anexo 20. Cuestionario sobre sexualidad adolescente.

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 SEXO: (H) (M) GRADO Y GRUPO: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: Responde con sinceridad a las siguientes preguntas, para ello piensa en ti antes de responder. Contesta colocando una X en la casilla que consideres más adecuada. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas, solo nos interesa tu opinión. Todas tus respuestas son confidenciales. Si tienes alguna duda levanta la mano y un facilitador se acercará.

REACTIVO	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
1. Yo cuido mi cuerpo.				
2. Considero que los cambios que tengo son normales.				
3. Busco información en internet sobre sexualidad.				
4. Pregunto a un amigo o familiar de confianza sobre sexualidad.				
5. Me hago responsable de las consecuencias de mi conducta.				
6. Tomo decisiones sin pensar en las consecuencias.				
7. Comunico de manera clara lo que quiero y en el momento adecuado.				
8. Se me dificulta entender las consecuencias de mis acciones.				
9. Soy capaz de distinguir entre lo que quiero y los deseos de mis amigos y amigas.				
10. Acepto mis gustos, preferencias y las actividades que me gusta hacer.				
11. Respeto los gustos, preferencias y las actividades de las y los demás.				
12. Acepto mi propia orientación sexual.				
13. Respeto la orientación sexual de los demás.				
14. Puedo hablar sobre sexualidad con mi familia de manera comprensiva				
15. Expreso el amor de manera respetuosa a las y los demás.				
16. Hago valer mis derechos.				
17. Respeto los derechos de los demás.				
18. Convivo de manera adecuada y respetuosa con los hombres.				
19. Convivo de manera adecuada y respetuosa con las mujeres.				
20. Tengo una persona de confianza con la que puedo contar cuando alguien me lastime.				
21. Considero que los adultos tienen información falsa o antigua sobre sexualidad.				
22. Mi familia acepta mis deseos.				
23. Puedo disfrutar y expresar mi sexualidad de manera adecuada y respetuosa.				
24. Soy capaz de distinguir entre el amor y la atracción sexual.				
25. Soy intolerante con orientaciones sexuales diferentes a la mía.				
26. Busco información sobre la sexualidad cuando tengo alguna duda.				
27. Promuevo la igualdad entre hombres y mujeres.				
28. Me involucro en relaciones honestas, agradables y seguras.				
29. Considero que los piropos, besos a la fuerza, manoseos, son conductas aceptadas.				
30. Considero que los hombres y las mujeres tenemos los mismos derechos y responsabilidades en el amor y las relaciones sexuales.				
31. Decido practicar la abstinencia y/o el uso de métodos anticonceptivos de manera efectiva y por voluntad propia.				
32. Identifico las conductas sexuales sanas.				
33. Identifico las conductas sexuales negativas para la salud.				
34. Me considero capaz de tomar la decisión de iniciar y planificar mi vida sexual reproductiva.				
35. Soy capaz de promover el derecho de los demás para recibir información sexual precisa.				
36. Escribe 3 ideas que tengas sobre sexualidad				
•				
•				
•				

Anexo 21. Cuestionario de percepción de riesgos

CUESTIONARIO SOBRE PERCEPCIÓN DE RIESGO

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: (H) (M)

GRADO Y GRUPO: _____

FECHA: _____

INSTRUCCIONES: Responde con sinceridad a las siguientes preguntas, **para ello piensa en ti antes de responder**. Contesta colocando una X en la casilla que consideres más adecuada. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas, solo nos interesa tu opinión. **Todas tus respuestas son confidenciales**. Si tienes alguna duda levanta la mano y un facilitador se acercará.

REACTIVO	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
1. Consumo o consumiría una sustancia porque mis amigos me invitan.				
2. Nos la pasamos mejor cuando consumimos una sustancia.				
3. Consumo o consumiría una sustancia para integrarme con mis amigos.				
4. Convivir con personas que solamente consumen una sustancia es una relación vacía.				
5. Consumir una sustancia da mala imagen.				
6. El consumir alguna sustancia perjudica el trato y diálogo con la familia.				
7. El consumir alguna sustancia puede generar problemas familiares y/o de pareja.				
8. Consumir alguna sustancia da mal ejemplo a los niños.				
9. Consumo o consumiría una sustancia para ser más abierto y sociable.				
10. Consumo o consumiría una sustancia para conocer gente y hacer amigos.				
11. Consumo o consumiría alguna sustancia por imitación y presión del grupo.				
12. Consumo o consumiría alguna sustancia para ligar mejor.				
13. Consumo o consumiría alguna sustancia para desconectarme y evadir la realidad.				
14. Consumo o consumiría alguna sustancia de vez en cuando porque no pasa nada.				
15. Consumo o consumiría alguna sustancia por curiosidad.				
16. Consumo o consumiría alguna sustancia para festejar un triunfo escolar.				
17. Consumo o consumiría alguna sustancia cuando estoy triste.				
18. No hace falta consumir una sustancia para pasarla bien.				
19. Consumir alguna sustancia provoca agresividad y mal humor.				
20. Consumir alguna sustancia provoca accidentes de circulación y causa muertes.				
21. Al consumir alguna sustancia haces el ridículo y cosas de las que te arrepientes.				
22. Consumir alguna sustancia se pierde el control de uno mismo.				
23. Consumo o consumiría alguna sustancia para resolver los problemas.				
24. Consumo o consumiría alguna sustancia porque provoca nuevas sensaciones.				
25. Consumo o consumiría alguna sustancia porque es la mejor forma de divertirse.				
26. Consumo o consumiría alguna sustancia porque sé que lo puedo controlar.				
27. Consumo o consumiría alguna sustancia por costumbre.				
28. Consumo o consumiría alguna sustancia porque es algo normal en la juventud.				
29. La publicidad incita a consumir alguna sustancia.				
30. Consumo o consumiría alguna sustancia porque es fácil de conseguir.				

Anexo 22. Cuestionario sobre consumo de alcohol, consumo de tabaco y consumo de marihuanas

CONSUMO DE ALCOHOL		SI	NO
1.	Alguna vez has consumido bebidas alcohólicas (cerveza, tequila, pulque, etc.).		
2.	Durante el último año has consumido bebidas alcohólicas.		
3.	Durante el último mes has consumido bebidas alcohólicas.		
4.	Durante la última semana has consumido bebidas alcohólicas.		
5.	Ayer consumiste bebidas alcohólicas.		
Contesta las siguientes preguntas si has consumido alcohol...si no, pasa a la pregunta 10.			
6.	¿Qué tan seguido tomas alcohol? 1) Algunas copas al año 2) Algunas copas al mes 3) Algunas copas a la semana. 4) Todos los días.		
7.	Cuando bebes alcohol, ¿Cuántas copas son? 1) De una a tres copas. 2) De cuatro a seis copas. 3) Más de seis copas.		
8.	Cuando bebes alcohol, ¿Qué es lo que usualmente consumes? 1) Cerveza. 2) Vino tinto. 3) Destilados (tequila, vodka, etc.). 4) Bebidas mezcladas.		
9.	¿A qué edad consumiste por primera vez bebidas alcohólicas? _____		
CONSUMO DE TABACO		SI	NO
10.	Alguna vez has consumido tabaco.		
11.	Durante el último año has consumido tabaco.		
12.	Durante el último mes has consumido tabaco.		
13.	Durante la última semana has consumido tabaco.		
14.	Ayer consumiste tabaco.		
15.	¿A qué edad consumiste por primera vez tabaco? _____		
CONSUMO DE MARIHUANA		SI	NO
16.	Alguna vez has consumido marihuana.		
17.	Durante el último año has consumido marihuana.		
18.	Durante el último mes has consumido marihuana.		
19.	Durante la última semana has consumido marihuana.		
20.	Ayer consumiste marihuana.		
21.	¿A qué edad consumiste por primera vez marihuana? _____		

Anexo 23. Población por grupos quinquenales en México, 2010-2030. Fuente: Consejo Nacional de Población. Proyecciones de población, 2010-2050. Consultad el 15 de diciembre de 2015.

Edad \ Década	2010	2020	2030
Total	114, 289, 406	125, 016, 451	137, 477, 524
0 - 4	11, 189, 938	10, 834, 459	9, 549, 441
5 - 9	11, 300, 325	10, 855, 244	9, 639, 390
10 - 14	11, 380, 372	10, 961, 986	9, 681, 003
15 - 19	11, 033, 665	10, 845, 875	9, 532, 978
20 - 24	10, 098, 146	10, 543, 274	9, 222, 120
25 - 29	9, 347, 251	10, 008, 787	8, 917, 500
30 - 34	8, 879, 371	9, 243, 823	8, 670, 190
35- 39	8, 249, 531	8, 725, 278	8, 489, 558
40 - 44	7, 295, 731	8, 372, 616	8, 450, 769
45 - 49	6, 142, 146	7, 780, 717	8, 397, 518
50 - 54	5, 103 400	6, 836, 059	8, 326, 119
55 - 59	4, 074, 580	5, 665, 991	8, 052, 457
60 - 64	3, 136, 587	4, 570, 338	7, 417, 991
65 - 69	2, 416, 597	3,477, 740	6, 685, 219
70 -74	1, 812,	2, 483, 025	5, 799, 736
75 - 79	1, 299, 982	1, 706, 288	4, 555, 235
80 - 84	823, 521	1, 084, 087	3, 094, 217
85 - 89	705, 626	1, 020, 864	2, 9996, 083

Anexo 24 Estereotipos de rol de género en treinta países del mundo. Fuente: Williams y Best, p. 193, 1994, Tabla 1. Tomada de Rathus, p. 815,2000.

Estereotipos masculinos			Estereotipos femeninos		
Activo	Emprendedor	Preciso	Afectuosa	Delicada	Nerviosa
Agresivo	Engreído	Racional	Agradable	Dependiente	No ambiciosa
Arrogante	Estable	Rápido	Amable	Dulce	
Autócrata	Fanfarrón	Realista	Apreciativa	Emocional	Paciente
Aventurero	Fuerte	Rígido	Atenta	Encantadora	Preocupante
Capaz	Grosero	Robusto	Autocompasiva	Ensoñadora	Quejica
Cruel	Hedonista	Seguro de sí mismo	Cálida	Excitable	Sensible
Desenvuelto	Imaginativo		Cambiante	Frívola	Sentimental
Desordenado	Imperturbable	Severo	Cauta	Habladora	Sexy
Determinado	Imprudente	Sin escrúpulos	Complicada	Imaginativa	Sofisticada
Detestable	Individualista		Comprensiva	Imprudente	Sugestionable
Dogmático	Ingenioso	Tozudo	Confusa	Inconstante	Sumisa
Duro	Miserable	Valiente	Crítica	Indulgente	Supersticiosa
			De corazón blando	Inestable	Susceptible
				Modesta	Temerosa
			Débil	Mojigata	Tímida

Anexo 25. Casos notificados de SIDA en México, según Estado de residencia y sexo, de 1983 a 2015. Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA. Información Preliminar al 13/11/2015. México, 2016.

Estado	Número de casos			Casos en 2015		Proporción de casos/respecto al total (%)
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	
Aguascalientes	907	175	1,082	20	5	0.6
Baja California	6,262	1,476	7,738	129	33	4.3
Baja California Sur	811	178	989	1	1	0.6
Campeche	1,708	477	2,185	128	37	1.2
Coahuila	1,665	289	1,954	20	4	1.1
Colima	962	207	1,169	44	9	0.7
Chiapas	6,584	2,415	8,999	224	71	5.0
Chihuahua	4,254	786	5,040	96	23	2.8
Distrito Federal	23,596	2,835	26,432	107	11	14.8
Durango	1,174	237	1,411	30	3	0.8
Guanajuato	2,966	582	3,548	19	4	2.0
Guerrero	6,432	2,051	8,483	198	51	4.7
Hidalgo	1,694	453	2,147	51	11	1.2
Jalisco	10,597	2,181	12,738	3	1	7.1
Estado de México	15,539	3,243	18,782	219	42	10.5
Michoacán	4,378	976	5,354	203	70	3.0
Morelos	3,016	841	3,857	95	14	2.2
Nayarit	1,904	439	2,343	43	8	1.3
Nuevo León	4,769	693	5,462	135	18	3.1
Oaxaca	4,852	1,313	6,165	122	15	3.5
Puebla	6,123	1,715	7,838	140	19	4.4
Querétaro	1,200	237	1,437	20	3	0.8
Quintana Roo	2,280	509	2,789	33	6	1.6
San Luis Potosí	1,884	421	2,305	50	4	1.3
Sinaloa	2,793	628	3,421	86	29	1.9
Sonora	3,172	594	3,766	100	28	2.1
Tabasco	3,197	781	3,978	63	11	2.2
Tamaulipas	3,425	782	4,207	89	17	2.4
Tlaxcala	1,217	361	1,578	63	8	0.9
Veracruz	12,319	3,361	15,680	49	18	8.88
Yucatán	3,672	673	4,345	117	22	2.4
Zacatecas	779	154	933	11	4	0.5
Extranjeros	329	37	366	1	0	0.2
No especificado	66	5	71	0	0	0.0
TOTAL	146,486	32,105	178,591	2,807	600	100.00

Anexo 26. Registro de casos de SIDA notificados de 1983 a 2015* en jóvenes de 15 a 24 años según año de diagnóstico y sexo; en México. FUENTE: SUIVE/DGE/SS, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA. PROCESO: Dirección General de Epidemiología/Secretaría de Salud. México, 2016.

Año	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres			
	Casos	Incidencia**	Casos	Incidencia**	Casos	Incidencia**
1983	7	0.09	0	0.0	7	0.0
1984	19	0.24	2	0.0	21	0.1
1985	38	0.46	3	0.0	41	0.3
1986	74	0.87	12	0.1	86	0.5
1987	171	1.95	40	0.5	211	1.2
1988	236	2.63	38	0.4	274	1.6
1989	294	3.21	59	0.7	353	2.0
1990	342	3.61	64	0.7	406	2.2
1991	369	3.83	74	0.8	443	2.3
1992	400	4.10	111	1.2	511	2.6
1993	434	4.40	90	0.9	524	2.7
1994	444	4.47	88	0.9	532	2.7
1995	493	4.94	124	1.2	617	3.1
1996	468	4.68	133	1.3	601	3.0
1997	548	5.49	150	1.5	698	3.5
1998	567	5.70	191	1.9	758	3.8
1999	787	7.96	201	2.0	988	4.9
2000	749	7.60	263	2.6	1,012	5.1
2001	660	6.69	252	2.5	912	4.6
2002	665	6.74	263	2.6	928	4.6
2003	728	7.38	271	2.7	999	5.0
2004	648	6.57	279	2.7	927	4.6
2005	713	7.21	254	2.5	967	4.8
2006	720	7.24	286	2.8	1,006	5.0
2007	686	6.83	280	2.7	966	4.7
2008	675	6.64	252	2.4	927	4.5
2009	662	6.42	216	2.0	878	4.2
2010	705	6.78	206	1.9	911	4.3
2011	594	5.62	173	1.6	767	3.6
2012	717	6.72	197	1.8	914	4.3
2013	747	6.87	151	1.4	898	4.1
2014	645	5.91	119	1.1	764	3.5
2015	449	4.11	101	0.9	550	2.5

*Información preliminar al 13 de noviembre de 2015.

** Se refiere al número de casos diagnosticados y notificados en jóvenes de 15-24 años por sexo, entre la población de 15-24 años según sexo de cada año, por 100,000 habitantes.

Anexo 27. Registro de casos notificados que continúan como Seropositivos a VIH de 1986 a 2015* en jóvenes de 15 a 24 años según año de diagnóstico y sexo; en México. FUENTE: SUIVE/DGE/SS, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA. PROCESO: Dirección General de Epidemiología/Secretaría de Salud. México, 2016.

Año	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres			
	Casos	Incidencia**	Casos	Incidencia**	Casos	Incidencia**
1986	1	0.0	0	0.0	1	0.0
1987	1	0.0	1	0.0	2	0.0
1988	11	0.1	1	0.0	12	0.1
1989	11	0.1	4	0.0	15	0.1
1990	14	0.1	6	0.1	20	0.1
1991	21	0.2	9	0.1	30	0.2
1992	31	0.3	15	0.2	46	0.2
1993	37	0.4	19	0.2	56	0.3
1994	50	0.5	12	0.1	62	0.3
1995	96	1.0	38	0.4	134	0.7
1996	46	0.5	22	0.2	68	0.3
1997	76	0.8	44	0.4	120	0.6
1998	195	2.0	74	0.7	269	1.3
1999	103	1.0	51	0.5	154	0.8
2000	161	1.6	86	0.8	247	1.2
2001	309	3.1	142	1.4	451	2.3
2002	278	2.8	159	1.6	437	2.2
2003	255	2.6	127	1.2	382	1.9
2004	376	3.8	191	1.9	567	2.8
2005	342	3.5	194	1.9	536	2.7
2006	440	4.4	217	2.1	657	3.2
2007	431	4.3	263	2.5	694	3.4
2008	541	5.3	282	2.7	823	4.0
2009	624	6.0	271	2.6	895	4.3
2010	781	7.5	267	2.5	1,048	5.0
2011	834	7.9	321	3.0	1,155	5.4
2012	1,127	10.6	396	3.7	1,523	7.1
2013	1,075	9.9	356	3.3	1,431	6.6
2014	1,166	10.7	313	2.9	1,479	6.8
2015	940	8.6	247	2.3	1,187	5.4

*Información preliminar al 13 de noviembre de 2015.

** Se refiere al número de casos diagnosticados y notificados en jóvenes de 15-24 años según año, entre la población de 15-24 años según sexo de cada año, por 100,000 habitantes.

Anexo 28. Casos por entidad federativa de Infecciones de Transmisión Sexual hasta la semana epidemiológica 1 del 2016. FUENTE: SINAVE/DGE/Salud 2016. Incluye casos probables. (Vigilancia epidemiológica. Semana 2, 2016).

ENTIDAD FEDERATIVA	Sífilis Congénita CIE-10* REV. A50			Sífilis Adquirida CIE-10* REV. A51-A53			Infección Gonocócica Genitourinaria CIE-10* REV. A54.0-A54.2				
	2016		2015	2016		2015	2016		2015		
	Sem.	Acum.		Acum.	Sem.	Acum.		Sem.	Acum.		Acum.
		M	F			M	F		M	F	
Aguascalientes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Baja California	-	-	-	4	3	1	5	-	-	-	-
Baja California Sur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campeche	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-
Coahuila	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Colima	-	-	-	-	-	-	-	3	2	1	-
Chiapas	-	-	-	1	1	-	-	2	2	-	4
Chihuahua	-	-	-	3	1	2	5	1	-	1	1
Distrito Federal	-	-	-	1	1	-	6	1	1	-	-
Durango	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guanajuato	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
Guerrero	-	-	-	1	-	1	4	5	2	3	-
Hidalgo	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Jalisco	-	-	-	1	-	1	-	2	1	1	-
México	-	-	-	2	1	1	-	2	-	2	1
Michoacán	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	2
Morelos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nayarit	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	4
Nuevo León	-	-	-	5	4	1	13	-	-	-	1
Oaxaca	-	-	-	-	-	-	3	2	-	2	-
Puebla	-	-	-	3	3	-	1	2	-	2	1
Querétaro	1	-	1	3	2	1	-	-	-	-	-
Quintana Roo	-	-	-	3	3	-	-	1	-	1	-
San Luis Potosí	-	-	-	1	1	-	-	2	1	1	2
Sinaloa	-	-	-	1	-	1	1	2	2	-	-
Sonora	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-
Tabasco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Tamaulipas	-	-	-	-	-	-	4	1	1	-	-
Tlaxcala	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Veracruz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Yucatán	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-
Zacatecas	-	-	-	1	-	1	2	2	1	1	-
TOTAL	1	-	1	31	20	11	56	32	15	17	22

La entidad federativo México corresponde al Estado de México.

Anexo 28 (Continuación). Casos por entidad federativa de Infecciones de Transmisión Sexual hasta la semana epidemiológica 1 del 2016. FUENTE: SINAVE/DGE/Salud 2016. Incluye casos probables. (Vigilancia epidemiológica. Semana 2, 2016).

ENTIDAD FEDERATIVA	Linfogranuloma Venéreo por Clamidias CIE-10* REV. A55				Chancro Blando CIE-10* REV. A57				Tricomoniasis Urogenital CIE-10* REV. A59.0			
	2016			2015	2016			2015	2016			2015
	Sem.	Acum.		Acum.	Sem.	Acum.		Acum.	Sem.	Acum.		Acum.
		M	F			M	F			M	F	
Aguascalientes	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	10	5
Baja California	-	-	-	-	1	1	-	-	8	-	8	7
Baja California Sur	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	2
Campeche	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	3	6
Coahuila	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	12	21
Colima	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	3	2
Chiapas	1	1	-	1	-	-	-	-	34	1	33	63
Chihuahua	1	-	1	-	-	-	-	1	13	1	12	14
Distrito Federal	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	7	11
Durango	-	-	-	-	-	-	-	-	15	2	13	26
Guanajuato	-	-	-	-	-	-	-	1	41	-	41	32
Guerrero	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	13	36
Hidalgo	-	-	-	-	-	-	-	-	11	1	10	16
Jalisco	-	-	-	-	-	-	-	1	25	2	23	36
México	-	-	-	-	1	1	-	-	34	1	33	50
Michoacán	3	3	-	-	-	-	-	-	62	-	62	48
Morelos	-	-	-	-	-	-	-	-	17	4	13	23
Nayarit	-	-	-	-	-	-	-	-	15	6	9	13
Nuevo León	-	-	-	-	-	-	-	-	20	-	20	30
Oaxaca	-	-	-	-	1	1	-	-	36	1	35	44
Puebla	-	-	-	-	-	-	-	1	121	4	117	89
Querétaro	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	1	3
Quintana Roo	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	15	11
San Luis Potosí	1	1	-	-	-	-	-	-	25	1	24	27
Sinaloa	-	-	-	-	-	-	-	-	10	1	9	19
Sonora	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	6	6
Tabasco	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	15	14
Tamaulipas	-	-	-	-	-	-	-	1	44	3	41	53
Tlaxcala	-	-	-	-	-	-	-	-	18	-	18	28
Veracruz	1	1	-	-	-	-	-	-	95	-	95	118
Yucatán	-	-	-	-	-	-	-	-	8	1	7	10
Zacatecas	-	-	-	-	-	-	-	-	28	2	26	12
TOTAL	7	6	1	1	4	4	-	5	767	31	736	875

La entidad federativo México corresponde al Estado de México.

Anexo 28 (Continuación). Casos por entidad federativa de Infecciones de Transmisión Sexual hasta la semana epidemiológica 1 del 2016.

FUENTE: SINAVE/DGE/Salud 2016. Incluye casos probables.

ENTIDAD FEDERATIVA	Herpes Genital CIE-10* REV. A60.0				Vulvovaginitis Inespecifica CIE-10* REV. A76.0			*Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida* CIE-10* REV. B20-B24			
	2016			2015	2016		2015	2016			2015
	Sem.	Acum.		Acum.	Sem.	Acum.	Acum.	Sem.	Acum.		Acum.
		M	F						M	F	
Aguascalientes	-	-	-	-	120	120	83	-	-	-	-
Baja California	3	3	-	-	157	157	177	-	-	-	-
Baja California Sur	-	-	-	-	30	30	49	-	-	-	-
Campeche	3	2	1	1	97	97	30	-	-	-	-
Coahuila	1	1	-	-	104	104	191	-	-	-	-
Colima	1	-	1	2	65	65	54	-	-	-	1
Chiapas	5	2	3	3	267	267	286	-	-	-	-
Chihuahua	3	1	2	4	200	200	87	2	1	1	2
Distrito Federal	3	2	1	2	480	480	305	-	-	-	-
Durango	-	-	-	-	169	169	156	-	-	-	-
Guanajuato	2	-	2	1	134	134	56	-	-	-	-
Guerrero	1	-	1	2	160	160	121	4	3	1	-
Hidalgo	1	1	-	2	419	419	450	-	-	-	-
Jalisco	5	5	-	4	297	297	200	-	-	-	-
México	2	2	-	3	959	959	897	3	3	-	-
Michoacán	2	1	1	2	273	273	256	5	5	-	1
Morelos	1	-	1	-	162	162	185	4	4	-	-
Nayarit	2	-	2	2	83	83	51	-	-	-	1
Nuevo León	1	1	-	3	247	247	57	-	-	-	3
Oaxaca	3	1	2	4	298	298	349	-	-	-	-
Puebla	3	3	-	-	499	499	375	-	-	-	-
Querétaro	-	-	-	2	179	179	160	-	-	-	-
Quintana Roo	-	-	-	1	87	87	101	-	-	-	-
San Luis Potosí	1	-	1	2	201	201	168	-	1	-	3
Sinaloa	3	2	1	1	170	170	142	-	-	-	-
Sonora	-	-	-	2	100	100	106	1	1	-	-
Tabasco	4	4	-	3	144	144	145	-	-	-	2
Tamaulipas	4	3	1	3	250	250	186	-	-	-	-
Tlaxcala	-	-	-	2	111	111	61	-	-	-	2
Veracruz	3	1	2	5	378	378	331	-	-	-	-
Yucatán	-	-	-	-	222	222	199	2	2	-	1
Zacatecas	3	1	2	-	212	212	150	-	-	-	-
TOTAL	60	36	24	56	7 274	7 274	6 164	21	20	2	16

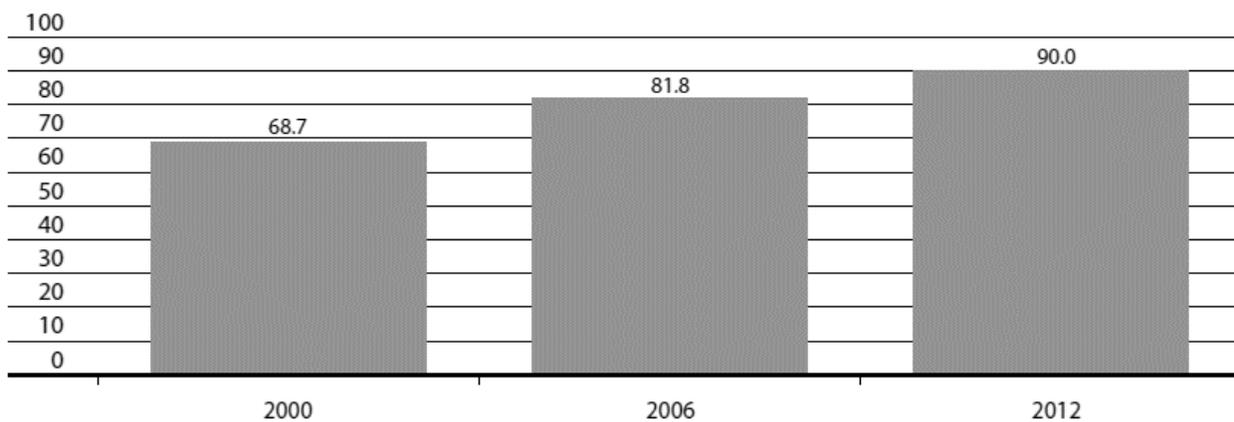
La entidad federativo México corresponde al Estado de México.

Anexo 28 (Continuación). Casos por entidad federativa de Infecciones de Transmisión Sexual hasta la semana epidemiológica 1 del 2016. FUENTE: SINAVE/DGE/Salud 2016. Incluye casos probables. (Vigilancia epidemiológica. Semana 2, 2016)

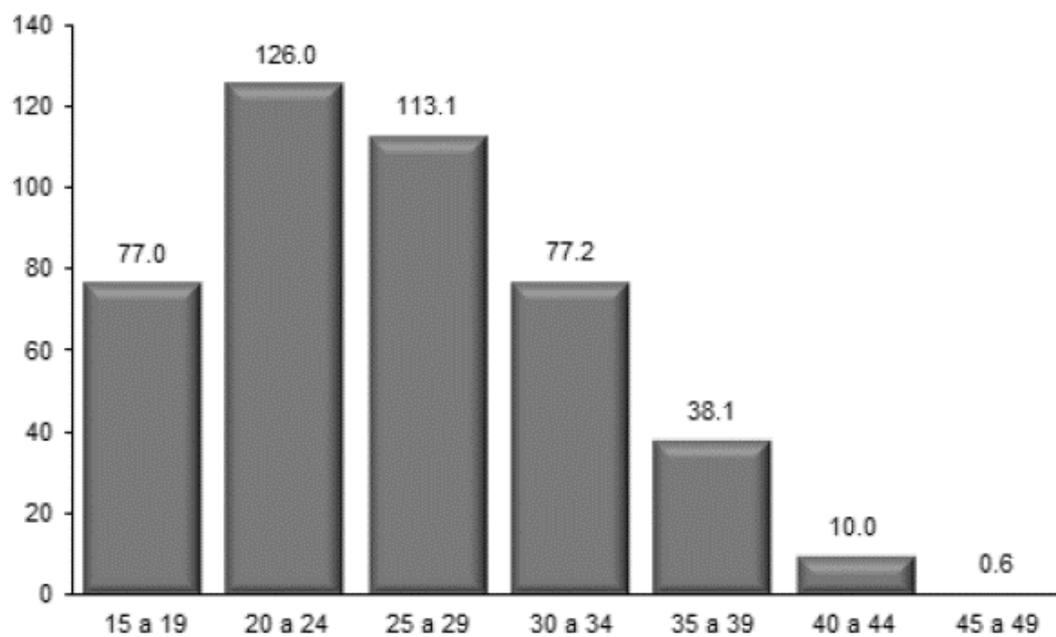
ENTIDAD FEDERATIVA	Candidiasis Urogenital CIE-10* REV. B37.3-B37.4				Infección Asintomática por Virus de la Inmunodeficiencia Humana CIE-10* REV. Z21			
	2016			2015	2016			2015
	Sem.	Acum.		Acum.	Sem.	Acum.		Acum.
		M	F			M	F	
Aguascalientes	21	3	18	35	-	-	-	-
Baja California	64	1	63	49	5	4	1	2
Baja California Sur	18	-	18	19	2	2	-	1
Campeche	6	-	6	37	1	1	-	2
Coahuila	39	1	38	50	-	-	-	6
Colima	6	-	6	7	5	3	2	-
Chiapas	189	12	177	179	3	2	1	-
Chihuahua	42	2	40	65	2	1	1	5
Distrito Federal	62	3	59	79	12	10	2	25
Durango	48	-	48	62	-	-	-	1
Guanajuato	78	-	78	104	-	-	-	4
Guerrero	73	8	65	167	2	2	-	6
Hidalgo	54	-	54	104	1	1	-	-
Jalisco	125	8	117	154	14	10	4	14
México	178	7	171	309	3	2	1	6
Michoacán	150	4	146	144	-	-	-	1
Morelos	76	3	73	92	1	1	-	3
Nayarit	48	2	46	93	-	-	-	1
Nuevo León	147	5	142	96	7	6	1	14
Oaxaca	101	6	95	150	1	1	-	1
Puebla	217	4	213	172	13	7	6	2
Querétaro	12	3	9	18	2	2	-	3
Quintana Roo	30	2	28	35	1	1	-	22
San Luis Potosí	92	5	87	88	4	4	-	-
Sinaloa	69	2	67	72	-	-	-	-
Sonora	28	1	27	36	1	1	-	1
Tabasco	56	2	54	45	3	2	1	-
Tamaulipas	211	1	210	207	9	8	1	5
Tlaxcala	81	10	71	76	-	-	-	-
Veracruz	138	4	134	249	5	4	1	12
Yucatán	32	2	30	41	4	3	1	2
Zacatecas	75	1	74	70	-	-	-	5
TOTAL	2 566	102	2 464	3 104	101	78	23	144

La entidad federativo México corresponde al Estado de México.

Anexo 29. Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que conocen o han escuchado de algún método para no embarazarse. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012.



Anexo 30. Tasas específicas de fecundidad. Trienio 2011-2013. (Nacimiento por cada mil mujeres). FUENTE: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.



Anexo 31. Porcentaje de adolescentes sexualmente activos por sexo, edad y uso de métodos anticonceptivos en la primera y última relación sexual, México. FUENTE: ENSANUT 2012. ResultadosNacionales2Ed.pdf, México, 2016.

	Primera relación sexual						Última relación sexual					
	12-15 años		16-19 años		Total		12-15 años		16-19 años		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
Hombre												
Condón	177.7	83.0	1 689.0	80.4	1 866.7	80.6	159.0	74.2	1 655.4	78.8	1 814.3	78.3
Hormonales [‡]	9.6	4.5	134.9	6.4	144.5	6.2	22.2	10.3	153.0	7.3	175.2	7.6
Otro [§]	3.5	1.6	13.2	0.6	16.7	0.7	2.4	1.1	23.3	1.1	25.8	1.1
Nada	25.1	11.7	315.2	15.0	340.3	14.7	37.2	17.4	345.3	16.4	382.6	16.5
Mujer												
Condón	100.3	59.9	1 029.1	61.7	1 129.4	61.5	91.3	54.5	750.7	45.0	842.0	45.9
Hormonales	16.9	10.1	117.5	7.0	134.4	7.3	18.5	11.0	186.2	11.2	204.7	11.2
Otro	0.0	0.0	13.1	0.8	13.1	0.7	4.3	2.6	151.1	9.1	155.4	8.5
Nada	51.3	30.6	561.2	33.6	612.5	33.4	51.1	30.5	624.2	37.4	675.3	36.8

*Frecuencia en miles

[‡] Incluye pastilla anticonceptiva, pastilla de emergencia, implantes, norplant

[§] Incluye DIU, óvulos, jaleas, espumas, diafragma, ritmo, calendario, billings, retiro, vasectomía y otros

Nota: Los porcentajes suman más de 100% por el uso de más de un anticonceptivo

Fuente: Cuestionario de adolescentes, ENSANUT 2012

Anexo 32. Métodos anticonceptivos.

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Anticonceptivos orales en combinación (la "pastilla" o "píldora")	Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno)	Evita la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación)	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 92% como se usa comúnmente	Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico
Pastillas de progestágeno sólo "minipastillas" o "minipíldoras"	Contiene únicamente progesterona (sin estrógeno)	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten y previene la ovulación	99% si se usa de manera correcta y sostenida Entre 90% y 97% como se usa comúnmente	Puede usarse mientras se amamanta; debe tomarse todos los días a la misma hora
Implantes	Cilindros o cápsulas pequeños y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo; contienen únicamente progestágeno	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación	>99%	Debe ser insertado por personal sanitario, se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Progestágeno en forma inyectable	Se inyecta por vía muscular cada 2 o 3 meses, según el producto	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 97% como se usa comúnmente	Al cesar el uso la fecundidad tarda en reaparecer (cerca de 1 y 4 meses en promedio); las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación	Se cada mes por vía intramuscular; contienen estrógeno y progestágeno	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 97% como se usa comúnmente	Las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo combinado	Libera dos hormonas de forma continua, una progestina y un estrógeno, directamente a través de la piel (parche) o mediante el anillo	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	El parche y el anillo vaginal son métodos nuevos y los estudios sobre su eficacia son limitados. Los estudios de eficacia realizados señalan que puede ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados cuando se utilizan de un modo correcto y sostenido, y tal y como se aplican comúnmente	El parche y el anillo vaginal proporcionan una seguridad comparable a los anticonceptivos orales combinados con formulaciones hormonales similares y su perfil farmacocinético es parecido

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre	Dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero	El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo	>99%	Disminuye la frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias
Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel	Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel	Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina (endometrio)	>99%	Con el tiempo se reduce la cantidad de sangre que se pierde con la menstruación; disminuyen los dolores menstruales y los síntomas de endometriosis; se observó amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias
Condón masculino	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto	Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo	98% si se usa de manera correcta y sostenida 85% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Condón femenino	Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente fino y suave	Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten	90% si se usa de manera correcta y sostenida 79% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Esterilización masculina (vasectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos	Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado	>99% después de la evaluación del semen a los 3 meses Entre 97% y 98% si no se evalúa el semen	Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre; es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio	Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides	>99%	Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Anticoncepción de urgencia (levonorgestrel, 1.5mg)	Son pastillas de progestógeno que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección	Evita la ovulación	Reduce en un 60% a un 90% el riesgo de embarazo	No altera el embarazo si este ya se ha producido

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Método de amenorrea del amamantamiento	Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo o día y noche completos, de una criatura menor de 6 meses	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	99% se aplica de manera correcta y sostenida 98% como se práctica comúnmente	Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre la fecundidad
Método de días fijos	Consiste en determinar los periodos fértiles del ciclo menstrual (normalmente los días 8 a 19 de cada ciclo de 26 a 32 días), utilizando un collar de cuentas u otro elemento	impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días más fértiles	95% si se usa de manera correcta y sostenida 88% tal y como se usa comúnmente (Arévalo y colaboradores, 2002)	Puede utilizarse para determinar los días fértiles en el caso de mujeres que quieran quedarse embarazadas y en el de mujeres que deseen evitar el embarazo. El uso correcto y sostenido requiere la colaboración de la pareja
Método de la temperatura basal corporal	La mujer debe registrar su temperatura corporal a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse prestando atención a que se produzca un aumento de 0.2°C a 0.5°C	Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días fértiles	99% si se usa de manera correcta y sostenida 75% tal y como el FABM se usa comúnmente (Trussell, 2009)	Cuando aumenta la temperatura basal y se mantiene alta durante tres días enteros, se ha producido la ovulación y el período fértil ha pasado. Las relaciones sexuales pueden reanudarse el cuarto día hasta la siguiente menstruación mensual
Método de los dos días	Este método consiste en determinar los períodos fértiles, prestando atención a la presencia de moco cervical (si hay secreciones, tipo, color y consistencia)	Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días fértiles	96% si se usa de manera correcta y constante 86% con una práctica típica o común (Arévalo, 2004)	Es difícil de aplicar si hay infección vaginal u otra afección que altere el moco cervical. El coito sin protección puede reanudarse después de dos días consecutivos sin secreción
Método sintotérmico	Consiste en determinar los periodos fértiles prestando atención a los cambios en el moco cervical (textura transparente) la temperatura	Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días más fértiles	98% si se usa de manera correcta y sostenida. Se notificó un 98% tal y como se usa comúnmente (Manhart y colaboradores, 2013)	Podría ser preciso utilizarlo con precaución después de un aborto, alrededor de la menarquía y la menopausia, y en situaciones que puedan provocar un aumento de temperatura corporal

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
	corporal (ligero aumento) y la consistencia del cuello del útero (ablandamiento)			
Método del calendario o método del ritmo	Consiste en observar el ciclo menstrual durante 6 meses, restar 18 de la duración del ciclo más corto (primer día fértil estimado) y restar 11 de la duración del ciclo más largo (último día fértil estimado)	Se impide el embarazo evitando el coito sin protección durante el posible primer día fértil y el posible último día fértil, bien absteniéndose o utilizando un preservativo	91% si se usa de un modo correcto y sostenido 75% tal y como se aplica comúnmente	Podría ser necesario posponer su uso o utilizarlo con precaución, si se está tomando medicamentos (por ejemplo ansiolíticos, antidepresivos, AINES o determinados antibióticos) que puedan alterar el momento de la ovulación AINES – Antiinflamatorios no esteroides
Marcha atrás (coitus interruptus)	Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación y eyacular fuera de esta, cerciorándose de que el semen no entre en contacto con los genitales externos	Se trata de impedir que el esperma entre en la vagina para evitar la fecundación	96% si se usa de forma correcta y sostenida 73% tal como se practica comúnmente (Trussell, 2009)	Es uno de los métodos menos eficaces, porque a veces es difícil determinar correctamente cuando hay que retirar el pene, lo que puede provocar que se eyacule estando aún dentro de la vagina

Planificación familiar (Mayo 2015). *Métodos Anticonceptivos*. Nota descriptiva N°351. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa.

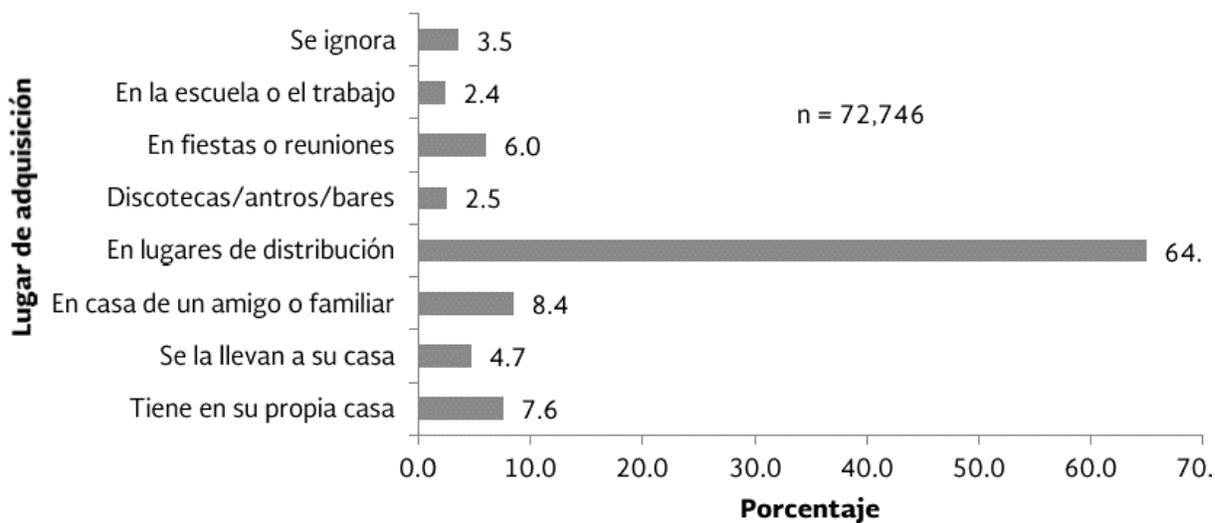
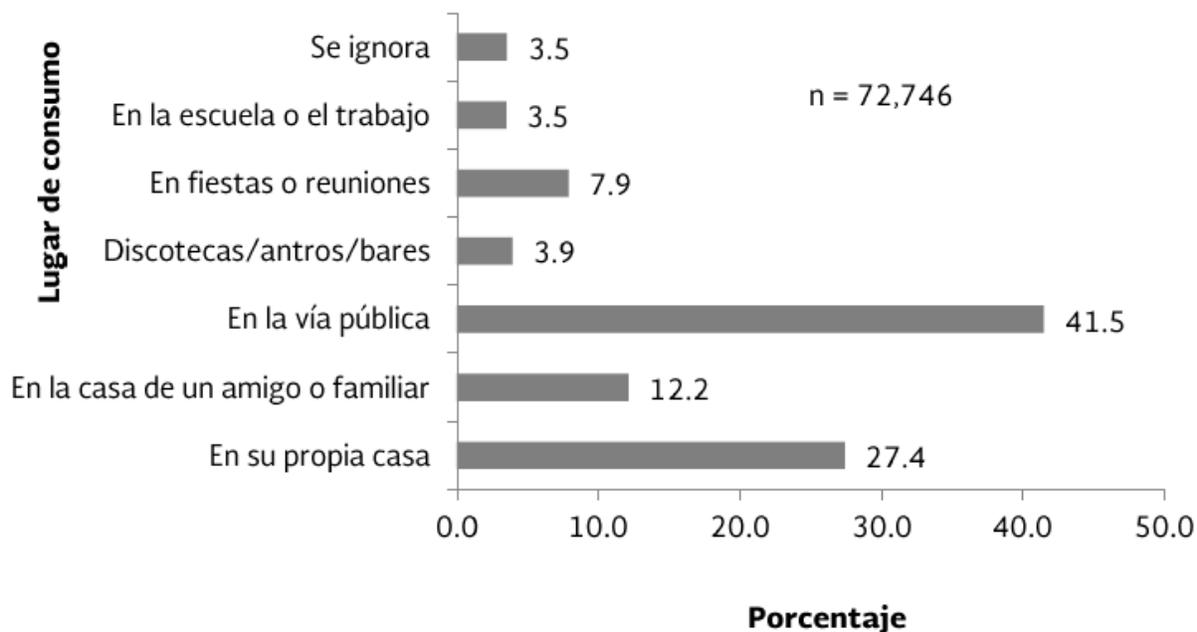
Anexo 33. Resumen de las drogas más comunes. FUENTE: CONADIC, México, 2015.

Droga	Forma de consumo	Efecto
TIPO: DEPRESOR		
Alcohol	Oral	<p>Etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relajación, comunicación, sociabilidad y desinhibición. 2. Conducta esencialmente emocional, errática, problemas de juicio, dificultad en la coordinación muscular, trastornos de visión y equilibrio. 3. Confusión mental, dificultad al caminar, pronunciar adecuadamente las palabras y comprender lo que se dice. Visión doble. Alteración comportamental: pánico, agresividad o llanto. 4. Incapacidad para sostenerse en pie, vómitos, incontinencia de la orina, estupor, aproximación a la inconciencia. 5. Inconciencia, ausencia de reflejos. Estado de coma que puede llevar a la muerte por parálisis respiratoria. <p>El 20% del alcohol ingerido se absorbe inmediatamente a través de las paredes del estómago y pasa a la sangre, el 80% restante se absorbe lentamente por el intestino delgado para circular en la sangre. Si la ingesta se detiene o es de forma moderada el hígado (sano) puede metabolizarlo, se elimina a través de orina y aliento; sin embargo cuando la velocidad de ingesta y la cantidad ingerida rebasan los límites de eliminación, la intoxicación puede causar la muerte.</p>
Benzodiasepinas	Oral o inyectada	Falta de apetito, fiebre, convulsiones y dolores de cabeza severos. Alto riesgo al VIH, hepatitis y otras infecciones. Paranoia, alucinaciones, repetición de movimientos y tareas sin sentido y excesivos, estremecimientos, tics musculares, sensación de energía o mucho sueño.
Marihuana (Mota, hierba, porro, churro, resina-hachis)	Fumada o consumida	<p>Inmediatos: Ojos rojos, boca y garganta resacas, uso de razón limitado o afectado, noción del tiempo alterada, habilidades que requieren concentración o coordinación son afectadas, distorsión en la percepción de tiempo y distancia, frecuencia cardíaca alta.</p> <p>Adicción: paranoia, ataques de ansiedad intensificados, percepción alterada, se dificulta el asimilar información nueva; problemas con el aprendizaje, memoria, percepción y el criterio; problemas con el habla, con escuchar, pensar, atención de información y resolución de problemas. Catarros, bronquitis, enfisema, asma bronquial, daño pulmonar, cáncer de lengua, boca, laringe y pulmones. Disminución de la capacidad del sistema inmunológico, daño hormonal.</p>
TIPO: RELAJANTE		
Tabaco	Fumado	<p>Inmediatos: la nicotina se distribuye con rapidez en el organismo, llegando al cerebro en 10 segundos después de la inhalación; se estimula la producción de adrenalina provocando una descarga de glucosa que incrementa presión arterial, respiración y ritmo cardíaco.</p> <p>Adicción: problemas en corazón, laringe, esófago, vejiga, páncreas, riñón y boca; cáncer, enfisema y bronquitis crónica, aborto espontáneo, los niños nacen pesando poco, hipertensión, infarto.</p>
Benzodiasepinas	También se considera depresiva y estimulante.	

Droga	Forma de consumo	Efecto
TIPO: ESTIMULANTE		
Anfetaminas	Oral, inyectado, ingerido o fumado	<p>Inmediatos: Dosis bajas: sensación de estar lleno de energía, alerta y poderoso. Comportamiento violento, retardador e intimidatorio. Dosis altas: irregularidad en la frecuencia cardíaca, convulsiones, estado de coma, muerte por falla respiratoria y/o cardíaca.</p> <p>Adicción, irritabilidad, ansiedad, presión alta, paranoia, psicosis, agresión, convulsiones, pupilas dilatadas, mareos, falta de sueño, falta de apetito, malnutrición, altos riesgos de VIH, hepatitis y otras enfermedades contagiosas si es inyectado.</p>
Metanfetaminas	Oral, inyectado, ingerido o fumado	Adicción, irritabilidad, agresión, hipertermia, derrames cerebrales, paranoia, psicosis, convulsiones, toxicidad en el corazón y los vasos sanguíneos, alucinaciones, arritmia, sensación de que insectos andan por debajo de la piel.
Éxtasis (Rulas, pastillas, happy, cristal, M, MD, comestibles, pasti)	Oral	<p>Inmediato a dosis bajas: sensación de armonía y desinhibición, mayor capacidad de introspección y percepción sensorial; sensación de alerta, serenidad, sociabilidad, disminuye la sensación de fatiga. Aumento de temperatura y frecuencia cardíaca; sed intensa puede llegar a deshidratación, se altera la percepción del tiempo y la capacidad de concentración y coordinación. Las sensaciones van disminuyendo y puede surgir comportamiento impredecible, pasando de la tranquilidad a la ira y provocación. Puede ocasionar insomnio, falta de apetito, ansiedad e irritabilidad, somnolencia y depresión. A dosis altas puede ocasionar alteraciones marcadas en la consciencia, agitación convulsiones e insuficiencia renal aguda, muerte.</p> <p>Adicción: Disturbios psiquiátricos o neuropsicológicos permanentes como el pánico, la ansiedad, la depresión y la paranoia. Tensión muscular, náusea, visión borrosa, transpiración, palpitations elevadas, estremecimientos, alucinaciones, desmayos, escalofríos, problemas para dormir y falta de apetito. Alteración de la memoria. Dependencia física y psicológica. Alteraciones cardiovasculares, destrucción de neuronas y terminales nerviosas, muerte.</p>
Benzodiazepinas	Se considera depresiva y relajante	
Efedrina	Oral	Palpitations elevadas y presión alta. Ataques epilépticos, infartos, derrames cerebrales y muerte.
Drogas de diseño	Inyectado, ingerido o fumado	Parálisis respiratoria instantánea. Alta posibilidad de sobredosis por su potencia. Muchos de los efectos de la heroína.
Cocaína (Coca, polvo, nieve, dama blanca, perico, roca)	Inhalada, fumada o disuelta en agua e inyectada	<p>Inmediatos: al estimular el SN aumenta la frecuencia cardíaca y se contraen los vasos sanguíneos. Pérdida de apetito y euforia, altera la capacidad de concentración y de juicio, insomnio, alteración en la conducta puede incluir violencia,</p> <p>Adicción, dilatación de las pupilas, presión y latidos del corazón elevados. Respiración elevada, ataques epilépticos, infartos, insomnio, ansiedad, inquietud, irritabilidad, temperatura elevada, pánico, estado psicótico y/o paranoico, sangrado nasal, pérdida de peso y del olfato, problemas pulmonares, muerte por sobredosis.</p>
Crack (cocaína)	Fumado	Igual que la cocaína.

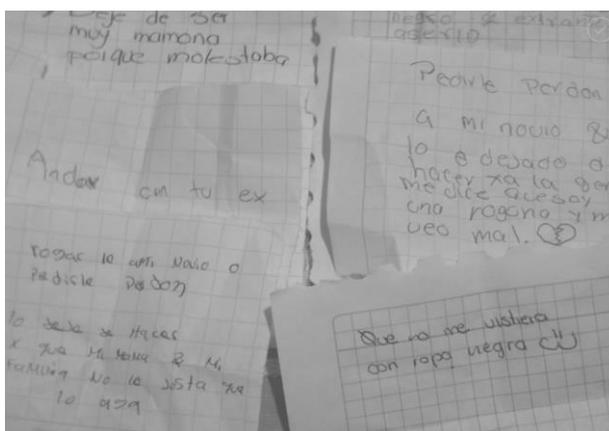
Droga	Forma de consumo	Efecto
Tipo: Opiáceos		
Heroína (Caballo, jaco, pico, chute)	Smack. Suele ser inyectado.	Adicción. Vocalización poco clara, paso lento, pupilas contraídas, párpados perezosos, problemas con la visión nocturna, adormecimiento, depresión respiratoria o falta de respiración, resequedad de la piel, infecciones epidérmicas. Alto riesgo a VIH, hepatitis y otras enfermedades contagiosas si se inyecta.
Morfina	Inyectable	Mismos que la heroína
Tipo: Alucinógeno		
Afectan fuertemente las funciones mentales distorsionando los sentidos. Las reacciones percibidas varían en función de la sustancia, dosis, estado emocional, condición física, ambiente y circunstancias; por esta razón se pueden tener reacciones adversas a las esperadas o ambivalentes: estados de relajación y ansiedad tensión; felicidad y tristeza.		
PCP (Feneciclidina o polvo de ángel)	Ingerido, fumado, oral o inyectado.	Alucinaciones. Experiencias de desdoblamiento, problemas con la coordinación motriz, inhabilidad de sentir dolor, ataques respiratorios, desorientación, temor, pánico, agresión. Desarrollo de tolerancia, modificación y deterioro para de la motivación para realizar actividades productivas, flashback, dependencia física y psicológica. Alto riesgo al VIH, hepatitis y a enfermedades contagiosas si se inyecta. Muerte.
LSD (Lysergic Acid Diethyl amide) (Lucy, tripi, cartón, trip, ácido)	Oral como gelatina, líquido puesto en los ojos.	Fiebre y presión elevada, falta de apetito, falta de sueño, estremecimientos, alucinaciones crónicas.
Hongos (Psilocybe) (de la risa)	Masticados o hervidos y tomados como té.	Presión elevada, transpiración, náusea, alucinaciones extremas que pueden provocar locura temporal.
Tipo: Inhalables		
Inhalantes	Se inhalan los vapores	Inmediato: Dolor de cabeza, debilidad muscular, dolor en el abdomen, cambios drásticos en el humor, agresión, náusea, sangra la nariz, agresividad. Falta de oxígeno en los pulmones, puede producir desmayos, estado de coma o muerte por asfixia. Adicción: Daño irreversible a hígado, riñón y pulmones; desequilibrios químicos peligrosos, falta de coordinación, fatiga, falta de apetito, se disminuye la capacidad de oír y de discernir, hepatitis o neuropatía periférica por uso constante. Temblores, convulsiones.
Tipo: Anabólicos		
Esteroides	Oral o inyectado	Cáncer del hígado, esterilidad, rasgos masculinos en mujeres y femeninos en los hombres, agresión, depresión, acné, cambios de humor.

Anexo 34. Lugar de consumo y adquisición de sustancias: FUENTE: Secretaría de Salud/DGAE/DIE/SISVEA/Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales. México, 2014.



Fuente: Secretaría de Salud/DGAE/DIE/SISVEA/Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales 2014

Anexo 35. Evidencias



La sexualidad es un tema que afecta a todos los seres humanos. Es un aspecto fundamental de nuestra vida que influye en nuestra salud física, emocional y social.

El sexo biológico se refiere a las características físicas que determinan si una persona es hombre o mujer. Sin embargo, la identidad de género es un concepto más amplio que incluye aspectos psicológicos y sociales.

La orientación sexual se refiere a la atracción emocional y sexual que una persona siente por otros. Esto puede ser heterosexual, homosexual o bisexual.

La diversidad sexual es un término que abarca todas las expresiones de la sexualidad humana, incluyendo diferentes identidades de género y orientaciones sexuales.

La sexualidad es un tema que afecta a todos los seres humanos.

1. El sexo biológico se refiere a las características físicas que determinan si una persona es hombre o mujer.

2. La identidad de género es un concepto más amplio que incluye aspectos psicológicos y sociales.

3. La orientación sexual se refiere a la atracción emocional y sexual que una persona siente por otros.

4. La diversidad sexual es un término que abarca todas las expresiones de la sexualidad humana.

Cuidate

Embarazo, Atracción Sexual, Sexo, Ilusiones, Enfermedades, Virgindad, Deseo, Intelecto, Intimidad, Amor, Información, Atracción Sexual, Sexo, Ilusiones, Enfermedades, Virgindad, Deseo, Intelecto, Intimidad, Amor, Información.

Sociograma 23/4/15

Simbología:

O	- Mujer	o	- Observador	z	- Albur	z	- Cambio de lugar
X	- Hombre	o	- Apoyo	z	- Comunic. bidirec.	zzz	- Durmiendo
*	- Responsable	u	- Comunicación	z	- Discusión	zz	- Comiendo
o	- Maquillando	z	- Golpeando	z	- Jugando C/cel		

t Descripción

10	cel 10, 7, 33, 6 Apoyo mutuo entre ellos por el salón
20	14-22 grupo 3 (23, 24) 16, 17, 18 35+39 37, 34, 35, 36 bla. 22, 24 18 10, 11 - bla. 18, 19 bla. 31+32 23, 24 26, 36

- Nota de sexualidad.

19/03/2015.
Primera Sesión
2º A.

Se trabaja en parejas y se entrega una hoja a cada persona. Se habla con la maestra y se acuerda visitar al taller con trabajo de español.

A - 6, 5, 4, 3 - se las va hablando en grupo.
sólo 4 parejas mixtas.

Notas:
Retomar la nota de la sexualidad.



Anexo 36. Hoja de identificación del programa de Servicio Social en la UNAM

FACULTAD DE PSICOLOGIA

IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	
Clave	2015 - 12 / 23 - 841
Institución u organismo social	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Dependencia ejecutora	FACULTAD DE PSICOLOGIA
Área	PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL Y BOLSA DE TRABAJO

Nombre	DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA..
Objetivo	DOTAR A LOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE HABILIDADES PARA LA VIDA APOYANDO UNA FORMACION INTEGRAL
Metas
Días	Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes
Horario	Matutino, Vespertino
Requisitos:	INTERES EN TRABAJAR CON JOVENES. DISPOSICION PARA ESTAR EN LA SECUNDARIA DE MILPA ALTA

APOYOS	
• Cursos Complementarios	

UBICACION DEL PRESTADOR	
Tipo de ubicación	GABINETE
Entidad:	DISTRITO FEDERAL
Delegación/Municipio:	MILPA ALTA
Localidad:	SAN PABLO OZTOTEPEC

Actividades De La Carrera PSICOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> • APLICACION DE INSTRUMENTOS DE EVALUACION A ESTUDIANTES DE SECUNDARIA • APLICACION DEL TALLER "HABILIDADES PARA LA VIDA" • CAPACITACION EN EL PROGRAMA DE HABILIDADES PARA LA VIDA • PROPUESTA A LAS AUTORIDADES DE LAS SECUNDARIAS TECNICAS EN RELACION A LAS NECESIDADES DE LOS ESTUDIANTES • SEGUIMIENTO A LOS ESTUDIANTES EN RELACION A LAS HABILIDADES UTILIZADAS
Tipo de programa Unidisciplinario

COORDINADOR ADMINISTRATIVO	
Nombre	MARIANA GUTIERREZ LARA
Domicilio	EDIFICIO B 20. PISO JEFATURA DE SERV. SOCIAL Y B. DE TRABAJO COPILCO
Teléfonos	5622 - 2240 Fax: 5622 - 2232
Correo electrónico	marianagutierrezlara@gmail.com

RESPONSABLE DEL PROGRAMA Y ALUMNOS			
Nombre	GUADALUPE OSORIO ALVAREZ		
Cargo	TEC. ACAD. C . T.C. Y PROFESOR DE ASIG.	Profesión:	LICENCIATURA EN PSICOLOGIA
Domicilio	EDIF. B 2 PISO SERVICIO SOCIAL	Colonia	COPIILCO
Código postal	04510	Correo Electrónico	osorio@unam.mx
Teléfono	56222240	Fax	56222232
Delegación	COYOACAN	Entidad Federativa	DISTRITO FEDERAL

