



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESINA PROFESIONAL

**ANÁLISIS DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE DESDE LA
PSICOEDUCACIÓN**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

NAIVITH YAMILET MONZALVO ALONSO

ASESOR:

PSIC. JOSÉ ANTONIO REYES GUTIÉRREZ

ORIZABA, VER.

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

En primera parte quiero agradecerme a mí misma, por ser mi propia motivación de cada día, por todas esas veces que me desvelé porque la cabeza ya no me daba más pero no desistí, seguí hasta conseguir cada una de estas páginas, gracias a mi fuerza de voluntad para seguir y hacerlo bien, gracias a mí por cada pasito hasta aquí. Gracias a mis padres, que estuvieron al pendiente de mi trabajo, que me dieron sugerencias, me apoyaron y nunca se rindieron conmigo, me brindaron todas las herramientas que necesitaba, me dieron todo sin duda alguna y se mantuvieron conmigo; a mis hermanas y familia por el interés en mi tema y sus aportaciones. Gracias a mis amigos y compañeros de la uni, en especial Miranda y Crhistian, quienes me ayudaron a elaborar muchos de mis proyectos a lo largo de mi carrera y nunca me dejaron sola, son unas personas maravillosas. Gracias a aquellas personas que dijeron que no lo lograría, que procrastinaba mucho y que no sabría qué hacer con mi vida, las malas vibras también se agradecen. Gracias a mi Napoleón que ya no está, el único que se quedó en cada desvelo, que estuvo en cada pasito de este increíble trabajo, pero no estará para celebrarlo conmigo. Infinitamente gracias a mis profesores, en especial a aquellos que me ayudaron a clarificar mis ideas, que estuvieron en el proceso de este trabajo y quienes se interesaron en él para avanzar y no detenerme, gracias Psic. Reyes por no soltarme de la mano en este camino, nunca podré agradecer con palabras todo el apoyo infinito que tuve durante toda mi carrera. Por último, pero no menos importante, gracias a Joselo, mi compañero de vida, por estar ahí, ayudándome con todo lo que necesitara, motivándome y levantándome cuando no daba más, recordándome que si puedo, dándome ánimos, teniendo presente todo lo bueno de mí y brindándome todo su apoyo de manera incondicional.

Gracias A Todos Los Que Estuvieron En El Camino.

ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Capítulo I. Sexualidad	
1.1. Sexualidad.....	7
1.2. Sexualidad en adolescentes	20
1.3. Parafilias y alteraciones sexuales	24
Capítulo II. Educación para la salud sexual	
2.1 Educación para la salud	31
2.2. Educación para la salud mental.....	34
2.3 La importancia del psicólogo y/o sexólogo en la vida del adolescente	37
Capítulo III. Modelo y área psicológica	
3.1 Modelo psicológico: sistémico	39
3.2 Área de la psicología: Educativo	52
CONCLUSIONES.....	56
REFERENCIAS.....	60

Resumen

En el siguiente trabajo se presentan temas tales como la sexualidad como base del ser humano, así como sus derivaciones como el sexo, las relaciones sexuales, el género, erotismo, etcétera. La palabra sexualidad tiene un concepto muy amplio se puede tomar la definición de acuerdo con el contexto que se encuentre, sus derivados como género, sexo, relación sexual, etcétera también se definen de acuerdo con el contexto sin embargo son más genéricos.

Otro de los temas involucrados en este trabajo es la educación la cual es sumamente importante porque denota el punto principal, la educación para los adolescentes, de salud y la importancia de ayuda profesional en temas de sexualidad.

Los puntos de salud recalcados en este trabajo van de acuerdo con la sexualidad y la educación sana y complementaria para los adolescentes, ayudar a tener una buena salud sexual a los adolescentes mejorará la educación sexual a las siguientes generaciones y así podrán disminuir los tabúes.

Esta es una investigación documental de enfoque cualitativo, donde los datos fueron recabados de referencias bibliográficas en base a cuestionamientos personales, de mi zona y experiencias compartidas con otras personas.

Introducción

Hoy en día una de las situaciones alarmantes de nuestro país es la deficiencia de educación sexual a los adolescentes fuera de tabúes, de morbosidad y de prejuicios; mi investigación creció desde una comunidad donde se pudo conocer un poco acerca de los adolescentes y de sus vidas, en esa comunidad no se habla de sexualidad e incluso es renegada la ayuda profesional para el conocimiento de ella y no se permite hablar abiertamente acerca de los temas de sexualidad, las palabras “sexo”, “relación sexual”, entre otras, son de asombro cuando son nombradas de manera natural, es por ello que el presente trabajo tiene la finalidad de presentar la educación sexual principalmente en adolescentes, tanto en el área de aprendizaje como de enseñanza, donde la sexualidad es para vivirse y no para esconderse o sentir pena de ello; tomar en cuenta que es natural todos los procesos por los que pasa un puberto y adolescente, despejar las dudas de ellos, dar a conocer la sexualidad como un placer responsable de la vida y no castigar por experimentar o conocer acerca de ella, de igual manera, proponer formas de trabajo para contribuir a la deficiencia de educación sexual de manera abierta, estas propuestas serán tanto para los padres de familia y los adolescentes, con la finalidad de retirar tabúes, crecer el conocimiento acerca de la sexualidad de manera general y que lleven una vida con base a una toma de decisiones responsable.

En el primer capítulo se encuentran las definiciones de la parte principal del tema, Sexualidad y la Educación Sexual. Principalmente, se enfoca en el proceso psicosexual del adolescente y como este evoluciona y se refleja tanto física como psicológicamente, también se habla de cuáles son los primeros momentos en los que el adolescente tiene contacto con situaciones de índole sexual, como pornografía, sus cambios físicos, etcétera. La orientación sexual también es fundamental, definirla o cooperar para la definición de ésta ayuda al adolescente a sentirse seguro y a llevar un proceso sano. Posteriormente se habla de trastornos parafílicos y trastornos de la sexualidad,

cuestiones que son de la vida cotidiana y el adolescente tiene presentes, pero necesita definir.

El capítulo dos, está centrado en el tema de la Educación la cual se divide en dos tanto Educación para la Salud, como educación para la salud mental. La primera tiene el objetivo de basarse en los cambios que un adolescente tiene a lo largo de su pubertad y adolescencia, incluso que ha tenido desde la niñez; todos estos procesos y cambios llevan un ritmo saludable, por otro lado, educación para la salud mental se identifica que los cambios también tiene presencia en la mente y también cambia cuando se ven alterados he aquí entra la función del psicólogo el cual tendrá un rol muy importante en la terapia o el proceso de transformación del individuo. La Educación para la Salud será dirigida tanto para un individuo como para varios entonces se implementará de manera colectiva, es así que se practica la prevención por medio de platicas y talleres impartidos por un profesional de la salud, que tenga las herramientas suficientes para explicar y adentrarse en los temas de dudas del adolescente.

Finalmente, en el tercer capítulo, el tiempo y los años la educación sexual se vuelve importante, ya que se ha transformado, lo que antes era de callar, ahora se cuestiona y se habla con especialistas; la tecnología de igual manera ha ido creciendo y evolucionando permitiendo a las nuevas generaciones tener acceso a cualquier tipo de información, no siempre es certera y transparente. Sin embargo, despierta a las y los adolescentes a vivir nuevas experiencias y vivencias de índole sexual, es por ello que una educación sexual sana y sin censura permitirá que las nuevas generaciones lleven una vida sexual sana y su toma de decisiones sea asertiva. El Modelo Sistémico nos ayudará a relacionar la terapia familiar o de grupos de acuerdo con cada grupo que el adolescente tiene y en el contexto que se desenvuelve.

CAPÍTULO I

SEXUALIDAD

1.1. Sexualidad.

La Sexualidad es un aspecto central del ser humano, se presenta a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006, p. 1).

La Sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten y expresen todos, ya que la sexualidad será vista respecto al contexto, el grupo social o cultural donde la persona se desenvuelva. La sexualidad se experimenta y expresa entonces, en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos tanto de manera individual como grupal (Arango, 2008, p. 5).

La Sexualidad entonces abarca diferentes conceptos que derivan de ella, tales como sexo, orientación sexual, genero, identidad de género, salud sexual, entre otros aspectos.

El sexo son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos. En el uso general de muchos idiomas, el término “sexo” se utiliza a menudo en el sentido de “actividad sexual” aunque para usos técnicos en el contexto de la sexualidad y los debates sobre salud sexual se prefiere la definición anterior (OMS, 2006, p. 1).

El sexo es la pulsión primaria que motiva la conducta reproductiva. Así como diferentes pulsiones primarias, es activada y desactivada por condiciones orgánicas, solo difiere el hambre y la sed, que son de supervivencia del individuo, mientras que el sexo es de supervivencia de la especie (Morris y Maisto, 2009, p. 356).

La Salud Sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural con la sexualidad, se observa en la expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un armonioso bienestar personal y social, con esto se enriquece la vida individual y social. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas sean reconocidos y garantizados. La salud sexual requiere también de un punto positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales en concreto, también como la posibilidad de tener viven sexuales de placer y de manera segura, libre de violencia, discriminación o algún factor dañino para el individuo o grupo (Arango, 2008, p. 6).

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuosos de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen

y mantengan una buena salud sexual, se debe respetar, proteger, y satisfacer sus derechos sexuales (OMS, 2006, p. 1).

La satisfacción de la salud sexual está ligada a la medida en que se representan, protegen y cumplen los derechos humanos. Los derechos sexuales abarcan ciertos derechos humanos reconocidos en los documentos internacionales y regionales pertinentes, en otros documentos de consenso en las legislaciones nacionales. Los derechos fundamentales para la realización de la salud sexual son los siguientes (OMS, 2010, p. 1):

- Los derechos a la vida, la libertad, la autonomía y la seguridad de la persona
- El derecho a la igualdad y la no discriminación
- El derecho a no ser sometido a torturas o a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes
- El derecho a la privacidad
- Los derechos al grado máximo de salud (incluida la salud sexual) y al nivel máximo de seguridad social
- El derecho a decidir el número de hijos que se desea tener y el intervalo de tiempo entre los nacimientos
- Los derechos a la información y a la educación
- Los derechos a la libertad opinión y expresión
- El derecho a la reparación efectiva en caso de violación de los derechos fundamentales

Desde un punto psicoanalítico de Freud, la “libido”, la cual significa vida y es la fuerza de la sexualidad y del deseo sexual, se encuentra relacionado directamente con la pulsión sexual. Este autor emplea el término refiriéndose a la sexualidad misma y designar a las pulsiones sexuales de vida (energía e impulso de lo sexual) (Arango, 2008, p. 31).

El erotismo por otra parte es un término que se utiliza para denotar la búsqueda de la excitación sexual; pero también es una manera de vivir la vida, con todos los sentidos permitiendo y construyendo el placer y el bienestar y la salud. En comparación con la libido, el erotismo se busca, es una búsqueda y experimentación sexual que tiene la o las personas, en cambio la libido es una pulsión natural que todas las personas poseemos (Arango, 2008, p. 31).

En un tiempo el concepto de salud era descrito como la ausencia de enfermedad, para después transformarlo hacia el concepto actual, es decir el completo estado de bienestar físico, psicológico y social. En relación con la sexualidad es importante hablar un poco sobre la enfermedad, la cual es una alteración del estado fisiológico del cuerpo, generalmente presenta signos y síntomas característicos, y en particular sobre los criterios que los profesionales de la salud utilizan para determinar su existencia, es decir, los diagnósticos que se dan gracias a la presencia de los síntomas y signos que la persona presenta, de igual manera, en la salud sexual se tienen ciertos criterios a considerar como que la persona tenga información suficiente, conozca de su sexualidad, etcétera (Álvarez, 2011, p. 13).

Parte de los aspectos fundamentales para la promoción de la salud sexual implica el reconocimiento de las características de ésta, tanto en su expresión individual como colectiva, es decir, como el individuo tiene conexión consigo mismo y cómo se relaciona y expresa con su entorno de manera adecuada y sin disturbios, de acuerdo con esto se

considera una persona sexualmente sana cuando cumple con la mayoría y si no es que todos los siguientes puntos (Arango, 2008, pp 48-49):

- Cuando cumple con un valor propio de su cuerpo. La persona sabe que su cuerpo tiene un valor no material, sino personal y fundamental, lo aprecia, lo cuida, lo mantiene sano, procura de él, la persona acepta su cuerpo tal como es, con todo lo que conlleva, lo conoce completamente y se siente pleno y satisfecho con él.

- Está informado sobre la reproducción según sea necesario. Cuenta con la información suficiente y basta de lo que es la reproducción, conoce bien la anatomía, los cambios y procesos, sus consecuencias o resultados; y conoce o busca informarse cada vez más acerca del tema. La información que adquiere es verídica y confiable, busca resolver sus dudas y conocer más.

- Afirma que el desarrollo del ser humano comprende el desarrollo sexual, el cual puede o no incluir la reproducción o la experiencia sexual genital. Conoce o intenta conocer de manera profunda la sexualidad, no vista como un ámbito erótico, sino como parte del desarrollo y de la vida humana; sabe que el desarrollo humano es comprendido de etapas en las cuales se viven experiencias y cambios físicos, los cuales comprenden el desarrollo sexual.

- Interactúa con los distintos géneros de una manera respetuosa y adecuada. No discrimina, violenta o es despectivo con ambos géneros, mantiene una relación cordial, comparte los valores con su entorno y los hace valer. Se dirige a los demás con respeto, sin saber o sabiendo su orientación sexual o género por el cual se distinguen las personas; así también promueve el respeto y los valores que posee.

- Afirma su Orientación Sexual y respeta la orientación sexual de los demás.

Conoce su orientación sexual, libre de dudas y prejuicios, se siente a gusto con su decisión, feliz y tranquilo; no discrimina ni violenta a otros por su orientación sexual, no impone creencias, ni opiniones propias, tampoco exige conocer la orientación sexual de alguien más ni influye de manera negativa en la decisión de las personas.

- Expresa su amor e intimidad en forma apropiada.

Es una persona que comunica sus emociones, sentimientos, es asertivo con sus pensamientos, comparte y expresa sus incomodidades sin sentirse atacado, se siente conforme con sus emociones y sentimientos y los acepta. Interactúa de manera adecuada con su pareja o su entorno. Tiene intimidad y respeta la de los demás, no se interpone ante la intimidad de los demás.

- Establece y mantiene relaciones significativas.

Es capaz de hablar de manera segura de lo que siente, expresa sus intenciones y es claro con lo que busca en una relación afectiva, de igual manera es asertivo. Y busca estar bien y en paz con sus relaciones afectivas.

- Evita toda relación basada en la explotación y manipulación.

Es emocionalmente estable, conoce y sabe poner sus propios límites, así como marcarlos ante los demás, conoce las consecuencias de actos no sanos en una relación, es capaz de resolver problemáticas en las relaciones afectivas y procura su estabilidad emocional, es responsablemente emocional y ve por las emociones de los demás sin sobreponerlas por las de sí mismo.

- Muestra destrezas que mejoran las relaciones personales.

Tiene las habilidades y experiencias bastas para crear calidad en una relación personal o grupal.

- Se identifica y vive de acuerdo con sus propios valores.

Se identifica con un género, lo reconoce, conoce sus valores, los lleva a cabo y es leal a su propia palabra.

- Es responsable de sus propios actos.

Es consciente de sus acciones, las consecuencias y se hace cargo de ellas. No evita y huye de sus consecuencias, sabe y reconoce los errores o logros que sus actos y decisiones lo llevaron a ello.

- Practica la toma de decisiones eficaz.

Es capaz de decidir de manera responsable, contemplando sus pros y contras, sus decisiones son tomadas con responsabilidad, sabe que consecuencias y que beneficios traen y es consciente de ello.

- Se comunica de manera eficaz con su familia, sus compañeros y su pareja.

La comunicación que tiene con su entorno es sana, busca siempre ser claro y mantener una relación estable.

- Expresa su sexualidad de manera congruente con sus propios valores.

Es coherente con sus ideas y acciones que realiza, también con la relación que tienen con sus valores y es consciente de lo anterior.

- Es capaz de reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para sí mismo o para los demás.

Analiza las situaciones en las que se encuentra, es responsable de las acciones y decisiones que toma. No impone sus decisiones sobre los demás y no incita a eventos o situaciones de riesgo o incomodidad para su entorno.

- Expresa su sexualidad a la vez que respeta los derechos de los demás. Es consciente de sus derechos y el de los demás, mantiene el respeto con ellos y se expresa correctamente sobre su sexualidad. No ofende ni realiza ni se expresa de manera irrespetuosa con los demás cuando se habla de sexualidad, es abierto a opiniones constructivas y temas de la misma índole.

- Busca información nueva que le permita mejorar su sexualidad. Investiga, se informa y busca conocer más acerca de su sexualidad y derivados; tanto actividades eróticas, como personales para mantener una salud sexual sana.

- Utiliza métodos anticonceptivos de manera eficaz a fin de evitar embarazos no deseados.

Conoce de dichos métodos, se informa, es consciente de cómo usarlos, está actualizado en nuevos métodos y su porcentaje de concepción, se cuida y cuida de su pareja sexual. Así también, promueve el uso de ellos y la importancia de cuidarse respecto a su vida sexual activa.

- Evita el Abuso Sexual.

Conoce y sabe lo que es un abuso, no lo permite y no lo practica. No utiliza su poder o

autoridad para aprovecharse de los demás, ni permite que alguien más lo haga. Defiende a quien es sometido de esta manera.

- Busca atención prenatal oportuna.

Investiga acerca de las actividades que se realizan, es responsable y sigue indicaciones profesionales sobre los cuidados y precauciones que se deben tener cuando existe un embarazo.

- Evita contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual, entre otras enfermedades.

Se realiza exámenes médicos cada determinado tiempo, acude a consulta para revisión, conoce a sus parejas sexuales y está consciente de la salud física de la otra persona.

- Practica comportamientos que promueven la salud, tales como reconocimientos médicos regulares, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación oportuna de posibles problemas.

Conoce acerca de estos exámenes médicos especiales para la salud sexual y los practica de manera adecuada y con indicaciones médicas.

- Muestra tolerancia hacia las personas con diferentes valores y modos de vida sexuales, no incita a los demás a faltar con sus propios valores, respeta, se informa y conoce a través de ellos.

- Ejerce sus responsabilidades democráticas al objeto de tener influencia en la legislación relativa a los asuntos sexuales.

Conoce, retroalimenta e informa acerca de la calidad de los servicios y políticas proporcionadas por el Estado.

- Evalúa la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos de los medios de comunicación y de la sociedad en ellos pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos personales relacionados con la sexualidad.

Tiene conocimiento basto de los daños que un comentario hiriente puede causarle a una persona, evitando estas acciones.

- Promueve los derechos de todas las personas a tener acceso a información fidedigna acerca de la sexualidad.

Comunica e informa a las personas que lo necesitan, promueve programas o eventos confiables que busquen informar a las personas.

- Evita los comportamientos que conllevan prejuicio e intolerancia.

Tales como faltas de respeto, actividades que pongan en riesgo la integridad de sí mismo o de otros, etc.

- Rechaza los estereotipos respecto de la sexualidad de las diversas poblaciones.

Tiene la suficiente información para rechazar de manera respetuosa, informar y hacer conocer la forma saludable de la sexualidad a los demás sin el afán de imponer, ni de faltar el respeto a las diferentes culturas y poblaciones.

Jacques Lemaire (En Arango, 2008, p. 152) decía que los seres humanos no se seleccionan para hacer pareja sino se encuentran o en otro término, se descubren. Así, de entre una multitud el individuo descubre a alguien, quien lleva un proceso de atracción inicial con los sentidos, y a partir de entonces inicia un proceso de cortejo donde se conquista al otro, se alimenta y se mueve la fantasía de encuentro erótico. Todo esto para promover la aproximación inicial de dos personas con el motivo de encontrarse eróticamente, primero en el inconsciente y ya después en la mente consciente, se manifiesta como deseo sexual. En esta teoría no existe la referencia al amor, únicamente es explícito el encuentro sexual de dos personas.

La Identidad de Género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina, o alguna combinación de ambos, ésta en la actualidad se ve manipulada de distinta manera, pero existe la base de masculino, femenino o ambos, para la identidad de género. También es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo y su vida que permite a los individuos organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género. Determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia, así como construye la personalidad (Arango, 2008, p. 183).

La Orientación Sexual es la organización específica del erotismo y el vínculo emocional de un individuo en relación con el género de la pareja involucrada en la actividad sexual. Puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o como una combinación de estos elementos (Arango, 2008, p. 183).

El sexo está constituido por siete niveles o dimensiones (Álvarez, 2011, p. 4):

- Cromosómico: Formado por ADN y proteínas.
- Gonadal: Testículos y ovarios

- Génico: De material genético
- Hormonal: Provenientes de ciertas glándulas.
- Órganos Sexuales Pélvicos Internos (OSPIS)
- Órganos Sexuales Pélvicos Externos (OSPES)
- Sexo Cerebral (dimorfismo sexual)

La sexualidad participa de tantos o más mitos y prejuicios como la enfermedad mental, donde existió una época que se hacía referencia a algún tipo de posesión del demonio a las personas con distintas preferencias sexuales, lo cual se apartaba al individuo de la sociedad; posteriormente los denominaban como “desviados”, “enfermos” o “locos” a muchos cuya única “enfermedad” consiste en ser una minoría con preferencias sexuales diferentes a las de un grupo mayoritario, actualmente ya no existe tanta distinción en cuanto a las preferencias sexuales incluso se les ha considerado un grupo social y se ha incluido al entorno general, si bien existen comunidades de apoyo, y sus derechos no se han visto manipulados, ni modificados por sus preferencias sexuales, esto en un ámbito político, en el ámbito personal, grupal y de sociedad se ha visto buena inclusión en la actualidad (Álvarez, 2011, p. 15).

La sexualidad está íntimamente ligada con la moral y las creencias religiosas de una cultura, con su sistema legal y con sus prácticas de crianza infantil, al igual que con las actitudes que la gente tiene hacia los demás y en último término hacia sí misma. No nos sorprende que haya tanta diversidad en las actitudes y prácticas sexuales, ya que hay una gran diversidad de culturas, todas ellas con diferentes creencias, maneras de practicar o no la sexualidad y con sus propios criterios, con el paso del tiempo nuevas creencias y culturas crecen, con nuevas formas de pensar, ya sean más amplias o cerradas (Mckinney et al, 1982, p. 55).

La serie de conductas, pensamientos, emociones y patrones de interacción que conforman la sexualidad humana tienen una base biológica. Si bien la biología no puede explicar todo lo que sucede a los seres humanos en las dimensiones de conducta, emociones y pensamientos que se ven matizadas por las particularidades del desarrollo humano, resulta indispensable conocer los aspectos fisiológicos de la sexualidad humana (De la fuente, 2012, p. 40).

De manera convencional, la serie de cambios fisiológicos que ocurren en el organismo ante la presencia de un estímulo sexual se denomina respuesta sexual; existen varios modelos para conceptualizarla (De la fuente, 2012, p. 40):

- Modelo de Masters y Johnson.

Propone que la suma de todos los cambios que el cuerpo experimenta puede denominarse “tensión sexual”. La tensión sexual es conceptualizada como un continuo que incrementa en intensidad conforme el ciclo avanza. La fase de excitación inicia con los primeros cambios que se observan a nivel de los genitales. La erección del pene y la lubricación vaginal son los dos cambios más notorios, pero hay cambios en todo el cuerpo, algunos de los muchos que ocurren son: la frecuencia cardíaca y respiratoria aumenta, y la coloración de la piel se vuelve rojiza.

Conforme avanza el ciclo, la intensidad de los cambios se estabiliza (de ahí viene el nombre meseta) para dar pie a algunas modificaciones musculares interesantes como el espasmo carpopedal, que aparece en las extremidades. El orgasmo aparece al alcanzarse cierto umbral de respuesta, el cual, tiene claras manifestaciones en el área

genital, donde se observan contracciones en el músculo estriado en forma clónica e involuntaria que, en el caso del hombre se presentan en el momento de la expulsión del semen. El orgasmo va seguido de la fase de resolución, caracterizada por una gradual recuperación del estado previo y la presencia del llamado “periodo refractario” (De la fuente, 2012, p. 40).

- Modelo de Helen Kaplan: Cada una de las tres fases tiene un mecanismo fisiológico básico diferente: hablando de fisiología, el deseo sexual es un fenómeno neuro vasomotor y el orgasmo uno neuromuscular (De la fuente, 2012, p. 41).

- Modelo de Rosemary Basson: Modelo circular para entender la respuesta sexual. El deseo sexual puede ser una consecuencia de la excitación sexual o de otros eventos que la preceden, aunque puede ocurrir también que el deseo aparezca en forma más o menos próspera.

1.2 Sexualidad en adolescentes.

La sexualidad es un aspecto inherente al ser humano. Para algunos es una fuente de placer y de aceptación; para otros, la mayoría, representa problemas y conflictos de diversa índole, ya sea fisiológico o psicológico. La sexualidad al igual que muchas disciplinas requieren de definiciones básicas que sirvan como un marco teórico base, en la adolescencia juega un papel fundamental para desarrollo de esta etapa, ya que es donde se comienzan a descubrir diferentes maneras su cuerpo, el cuerpo de los demás, los impulsos, etcétera; también en esta etapa comienza de nuevo la curiosidad por conocer todo aquello que puedan y que enriquezca su conocimiento y aprendizaje, es aquí donde una buena educación sexual los ayudará a llevar una sexualidad sana y

próspera, la educación sexual debe estar basada en todos los aspectos generales de la sexualidad, su empleo, sus bases, etcétera (Álvarez, 2011, p. 3).

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años, es un periodo entre la niñez y la adultez. En este periodo comienzan los cambios fisiológicos de la pubertad como el crecimiento de vello en el pubis, cambios en la piel, acné, cambios en la estatura, específicamente en las mujeres presentan cambios hormonales, crecimiento de los pechos, ensanchamiento de las caderas; por otro lado, en los hombres se muestra mayor musculatura, crecimiento de los testículos y alargamiento del pene, cambio de voz, crecimiento de la protuberancia en la garganta mejor conocida como la manzana de Adán, entre otros cambios variante, este periodo o etapa termina cuando se llega al pleno estatus sociológicos de un adulto (Mckinney, et al, 1982, p. 3).

Para Morris y Maisto (2001, pp. 409-410) la adolescencia comprendía desde los 10 años hasta los 20 porque así sucedía el cambio completo de niño a adulto a nivel físico, cognoscitivo y socioemocional.

Uno de los principales efectos de la producción de hormonas gonadales es el desarrollo de características sexuales primarias y secundarias en los niños y en las niñas durante la pubertad. El desarrollo de las características sexuales primarias es cosa evidente, para hombres y mujeres el cuerpo cambia, los pensamientos y raciocinio (Mckinney et al, 1982, p. 40).

Los cambios físicos de la adolescencia pueden dar pie de muchas maneras que un niño o una niña pongan en tela de juicio su normalidad. El hecho mismo de que estas

experiencias no tengan nada en común con lo que les ocurrió durante la niñez, da origen a muchas dudas naturales acerca del futuro (Mckinney et al, 1982, p. 42).

Desde pequeños nos dan la pauta de que los órganos sexuales son una zona sucia que no puede tocarse, se debe ocultar y a la que incluso no podemos nombrar y por lo tanto se le denomina de diferentes formas. Las creencias y estereotipos de lo correcto, lo incorrecto, lo bueno, lo malo, crean en los jóvenes una inseguridad, lo cual hace que tengan un sentimiento de devaluación que a través de ciertos mecanismos lo llevan a una problemática y en algunos de los casos disfunciones a nivel sexual, ocasionándoles más problemas a la larga y no considerando su estatus emocional (Álvarez, 2011, p. 100).

Freud estableció la importancia de los cambios puberales en el camino del autoerotismo a la sexualidad madura genital. Los cambios biológicos de la pubertad imponen la sexualidad genital al individuo e intensifican la urgencia del duelo por el cuerpo infantil perdido, que implica también el duelo por el sexo perdido. En la pubertad, la definición de su capacidad creativa marca una nueva definición sexual en la procreación, ya que sus genitales no sólo aceptan la unión de la pareja, sino también la capacidad de crear. En la adolescencia se intenta recuperar infructuosamente el sexo perdido, mediante la masturbación (Aberastury y Knobel, 2008, p. 153).

La teoría de Freud pone en más relieve la importancia de la sexualidad en el desarrollo humano, ya que es base en la vida y el desarrollo, aunque la noción freudiana de libido no se refiere exclusivamente a la sexualidad genital, él y sus seguidores psicoanalíticos son los que han hecho que se convierta en investigación científica. Para Freud, el desarrollo psicosexual incluye tres etapas, la oral, anal y fálica (Mckinney et al, 1982, p. 71).

Los signos visibles de la pubertad, comienzo de la maduración sexual, ocurre de diferente secuencia en ambos sexos. La obtención de la capacidad para reproducirse es acaso el aspecto más importante de la adolescencia. Hombres y mujeres tienen a ver su conducta sexual temprana en formas muy diferentes, no son las mismas condiciones para ambos por el contexto en el que se encuentran, incluso entre mujeres o entre hombres el proceso de cambio es diferente, el contexto social y familiar muchas de las veces no contribuyen al cambio sano de la niñez a la pubertad y adolescencia, tras esto vienen los conflictos psicosexuales del adolescente y sus dudas e interpretaciones erróneas de la sexualidad, la problemática que presentan también es la comunicación con la familia sobre este tema o con agentes de la salud (Morris y Maisto, 2001, p. 414).

Al principio de la adolescencia (12 a 13 años) siguen desarrollándose los caracteres sexuales primarios y secundarios, y es necesaria más información sobre los cambios corporales. En los niños los testículos y los escrotos aumentan de tamaño, la piel que recubre el escroto se hace más oscura, crece vello púbico y comienza la sudoración axilar. El desarrollo de los genitales hasta el tamaño adulto tarda aproximadamente de 5 a 6 años. En las niñas se ensancha la pelvis y las caderas, se desarrolla el tejido mamario, crece el vello púbico, comienza la sudoración axilar y las secreciones vaginales se hacen lechosas y cambian desde un pH alcalino a uno ácido (Berman y Snyder, 2013, p. 1035).

La sexualidad es un tema confuso para los adolescentes, ya que siempre se ha esperado que expresen sus necesidades sexuales o inicien una vida sexual activa al ser adultos, sin embargo, con el paso de los años, esta creencia está más lejana. La edad promedio para los adolescentes, actualmente, para iniciar su vida sexual es de 16-17 años (Morris y Maisto, 2009, p. 411).

Todos los adolescentes quieren conocer los comportamientos sexuales, pero a menudo se sienten incómodos al hablar de esto con sus padres. El profesional debe comentar información objetiva sobre el sexo, las acciones sexuales y sus consecuencias, el derecho individual a tomar decisiones en relación con las formas de expresar la propia sexualidad, y las responsabilidades de cada persona en relación con la actividad sexual (Berman y Snyder, 2013, p. 1036).

1.3 Trastornos parafílicos y alteraciones de la sexualidad

Se describen dos tipos de problemas: los que no llegan a tener un diagnóstico formal, pero que pueden incidir en la calidad de vida y el bienestar de las personas y que fueron llamadas preocupaciones y, los que problemas sexuales que se caracterizan por ser situaciones ya sea en el individuo, en una relación o una sociedad, que exigen la adopción de medidas concretas que permitan su identificación, prevención, tratamiento, y de ser posible, su resolución (De la fuente, 2012, p. 45).

Las Disfunciones Sexuales son síndromes clínicos en los que el patrón de funcionamiento erótico-sexual se ve alterado en forma persistente o recurrente. La presencia de un impacto en la satisfacción del individuo o la pareja, así como el desarrollo de un malestar personal como consecuencia del patrón alterado de funcionamiento (De la fuente, 2012, p. 47).

Las Enfermedades de Transmisión Sexual son las infecciones bacterianas más frecuentes en adolescentes. Es necesario educar a los adolescentes sobre éstas, las medidas de prevención y el tratamiento precoz (Berman, Snyder, 2013, p.1035).

Existen diferentes teorías respecto al desarrollo y la etapa de la adolescencia, las cuales Muss explica (1985, pp. 29-169):

- *Teoría Psicoanalítica del desarrollo del adolescente.*

Las etapas del desarrollo psicosexual son genéticamente determinadas y relativamente independientes de factores ambientales. El periodo de latencia toca su fin con el crecimiento y la maduración de los genitales, lo cual es una característica biológica.

- *Teoría “Geisteswissenschaftliche” de la Adolescencia.*

Se propone comprender los procesos mentales en relación con la conciencia de estructura. Spranger define la “comprensión” como la actividad mental que “atribuye a los acontecimientos una carga de significación con respecto a una totalidad”.

- *Teoría del Campo y la Adolescencia.*

Explica y describe la dinámica de la conducta adolescente, sin generalizar con respecto a los adolescentes considerados como grupo.

- *Teoría de Arnold Gesell sobre el desarrollo del adolescente.*

El concepto de crecimiento, tanto mental como físico, constituye el núcleo de la teoría de Gesell. Consideraba que el crecimiento es un proceso que trae consigo cambios de forma y de función y cuyas estaciones y secuencias están sujetas a leyes. El objetivo de Gesell consistía en revelar esas secuencias, estaciones y principios de desarrollo.

- *Las teorías centroeuropeas de las etapas evolutivas de la adolescencia.*

Kretschmer describe que el tipo de adulto "cicloide". Puesto que la fase evolutiva de la adolescencia es determinada, por una parte, por la personalidad previa y, por la otra, por las características de aquella fase evolutiva, el grado de perturbación que se presentará en el adolescente dependerá de la mayor o menor congruencia entre el tipo de personalidad y el tipo evolutivo del mismo.

Disfunción de la excitación sexual de la mujer. Se ha considerado como un fenómeno relacionado de manera directa con los procesos fisiológicos propios de la excitación. Las propuestas acerca de la excitación subjetiva no siempre se correlacionan con la congestión genital y a partir de estas se han establecido subdivisiones del trastorno en tres categorías (Arango, 2008, pp. 83-84):

A. Trastorno de la excitación subjetiva: definido como la ausencia o disminución marcada de sensaciones de excitación sexual (excitación y placer sexual) después de cualquier tipo de estimulación sexual. La lubricación u otros signos de respuesta física si se presentan.

B. Trastorno de la excitación sexual genital: definido como molestia por la ausencia o disminución de la excitación sexual genital. El autoinforme quizá incluya mínima congestión vulvar o lubricación vaginal después de cualquier tipo de estimulación sexual, así como la reducción de sensaciones sexuales proporcionadas por las caricias a los genitales. La excitación sexual subjetiva se presenta con la estimulación sexual no genital.

C. Trastorno combinado de la excitación genital y subjetiva: definido como la ausencia o disminución marcada de sensaciones de excitación sexual (excitación y placer sexual) después de cualquier tipo de estimulación sexual, así

como la queja por la ausencia o disminución de la excitación sexual genital (congestión vulvar/lubricación vaginal)

Trastorno de la excitación sexual persistente. Se desconoce la prevalencia de esta condición y solo se crean hipótesis relacionadas a su fisiopatología (Arango, 2008, p. 84):

- Cambios neurológicos a nivel del sistema nerviosos central
- Cambios neurológicos periféricos
- Cambios vasculares
- Presión mecánica sobre estructuras genitales
- Cambios relacionados al uso de medicamentos
- Cambios psicológicos o una combinación de las cinco consideraciones previas.

Arango (2008, pp. 87-123) define algunas situaciones sexuales comunes que se presentan en el hombre o en la mujer y cómo suele afectar en la vida en pareja:

Disfunción eréctil masculina. Es la incapacidad persistente o recurrente para que, ante la estimulación erótica, se obtenga y mantenga una rigidez peniana suficiente para tener una actividad sexual satisfactoria. Es caracterizada según su incidencia o prevalencia. Se clasifica por su temporalidad y situación. Es de suma importancia la psicoeducación para el paciente y la pareja del paciente para facilitar el entendimiento de la disfunción eréctil.

Disfunción orgásmica femenina. Dificultad o imposibilidad para alcanzar el orgasmo. Helen Kaplan define la disfunción orgásmica como una inhibición específica del componente orgásmico de la respuesta sexual. Se clasifica según su temporalidad y su situación.

Disfunción orgásmica masculina. También definida como eyaculación inhibida, ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación normal.

Eyaculación precoz. Es considerado como la disfunción sexual más frecuente y se caracteriza por la ausencia de control sobre el momento en el que se produce la eyaculación.

Existen diferentes conductas sexuales, también llamadas expresiones comportamentales sexuales, para todas las expresiones se estructura una escala gradual con siete niveles, que de menos a más son (Álvarez, 2011, pp. 32-34):

Nivel 0. No existe

Nivel 1. Expresión mínima (EM). Grado mínimo de expresividad del comportamiento que produce gusto o satisfacción y está presente en todo individuo.

Nivel 2. Expresión acentuada (EA). Es el mismo comportamiento, pero ya más notorio o predominante, en un individuo.

Nivel 3. Expresión eroticosexual a nivel fantasía (EESF). Implica excitación sexual e incluso consecución orgásmica a través de la expresión en cuestión, pero solo a nivel fantasía o sueño.

Nivel 4. Expresión eroticosexual mínima (EESM). Se refiere a la práctica de la expresión para obtener excitación, orgasmo o ambos.

Nivel 5. Expresión eroticosexual preferida (EESP). Casos de personas que tienen predilección especial por alguna, sin dejar otras.

Nivel 6. Expresión eroticosexual predominante (EESPR). Se refiere a las personas en quienes prevalece una expresión.

Nivel 7. Expresión eroticosexual exclusiva (EESE). Significa que sólo mediante esa expresión se logra la excitación, el orgasmo o ambos.

Álvarez menciona las conductas sexuales o expresiones comportamentales de la sexualidad, las cuales son (2011, pp. 34-47):

- *Fetichismo*. Se trata de la expresión comportamental de la sexualidad en la que se gusta poseer objetos o pertenencias de determinadas personas.
 - *Exhibicionismo*. Gusto de las personas por mostrarse a otras.
 - *Gerontofilia*. Expresión comportamental de la sexualidad en la que se tiene atracción por personas de más edad, en especial por ancianos.
 - *Masoquismo*. Gusto de la persona por el dolor físico, sumisión, vejación o incluso dependencia notoria de otra persona.
 - *Necrofilia*. Expresión que consiste en el gusto o atracción por lo muerto o la muerte en sí.
 - *Paidofilia*. Gusto o atracción por los niños.
 - *Sadismo*. Gusto por causar dolor físico, someter, vejar o hacer que otros dependan de ellos.

- *Escoptofilia (voyeurismo)*. Expresión comportamental sexual en la que las personas gustan de ver los cuerpos, expresiones amorosas o ambos de otras personas.

- *Zoofilia*. Gusto o afecto especial por los animales.

- *Urofilia y coprofilia*. Son expresiones comportamentales sexuales en la que existe un gusto o placer por la orina o las heces o por el acto de orinar, defecar y observar su realización.

- *Fobofilia*. Gusto o placer por el peligro o temor.

- *Grafofilia*. Esta expresión tiene dos dimensiones: la logofilia y la iconofilia. Es la expresión en la que se gusta de leer una palabra (logofilia), ver representaciones gráficas figurativas como dibujos y fotografías entre otros (iconofilia) o ambas.

- *Tribofilia (frotismo)*. Gusto por tocar a otros (tribofilia activa) o ser tocado (receptiva).

- *Polirrelación*. Expresión en la que la persona gusta de relacionarse con varias personas en forma simultánea

- *Intercambio de pareja*. Gusto por intercambiar a la pareja propia con otra.

- *Relación a primera vista (sin conocimiento de la otra persona)*. Se obtiene gusto por entablar relaciones con una persona que no se conocía previamente.

- *Trasvestismo*. Gusto de los individuos por utilizar prendas, manierismos, expresiones, accesorios, adornos, lenguaje e incluso comportamientos característicos del otro sexo, en la cultura de la propia persona.

- *Rinofilia*. Gusto por los olores. No se limita solo a los considerados placenteros; en especial son personas en quienes el olfato juega un papel importante. Al igual que con las expresiones anteriores, todos los seres humanos tienen algún grado de rinofilia.

CAPÍTULO II

EDUCACIÓN SEXUAL

2.1 Educación para la Salud.

La Educación para la Salud es aplicable tanto colectiva como individualmente en ambos el fomento y la promoción para la salud debe ser dirigida a la prevención, tratamiento y rehabilitación para la enfermedad o situación, también debe ser abierta y con responsabilidad de despejar dudas, completar o corregir información que, en este caso, el adolescente tenga (Álvarez, 2005, p. 36).

La Educación Sexual en casa tiene muchos privilegios como no ser distorsionada, llena de opiniones terceras, ni cargada de morbosidad, siempre y cuando sea la correcta y adecuada. Si bien, no existe edad adecuada para implementar una educación sexual, pero es bueno y correcto resolver las dudas del niño y adolescente de manera adecuada y con las palabras correctas. El momento adecuado para poder hablar de sexualidad con un niño o adolescente es cuando tenga dudas o empiece a autoexplorarse, la confianza en familia o en el círculo más cercano es fundamental para implementar la educación sexual (Álvarez, 2005, p. 74).

La adolescencia es considerada una de las etapas más saludables para el ser humano, sin embargo, se encuentra en gran vulnerabilidad por los cambios que puede ocurrir en dicha etapa, tanto cambios sociales, como mentales y físicos que pueden afectar a su desarrollo integral. Estos cambios y experiencias que pueden afectar al adolescente son importantes, en su desarrollo se puede ver conflictuado y mal influenciado por las redes sociales, el internet y círculos sociales que no contribuyen al beneficio del adolescente (Orjuela et al, 2009, p. 149).

Un adolescente en su etapa de crecimiento empieza a gustar de otras personas, y así comienza nuevas experiencias con estas. La elección de la pareja es muy importante, de modo que es conveniente conocer y tratar a diferentes personas con el objeto de tener una base más amplia para elegir y conocer. El noviazgo, la elección de una pareja o tener una relación abierta es una etapa importante para que la pareja se acople y ambos miembros conozcan mejor la forma de pensar, sentir, resolver problemas y aspiraciones del otro, cuando se habla de un noviazgo se trata de conocer a la persona, vivir experiencias nuevas, explorar, comenzar a idealizar y crear metas en conjunto. Un adolescente por los cambios que vive no tiene relaciones completamente estables sin embargo explora y tiene vivencias con su sociedad (Higashida, 2008, p. 145).

Los padres deben tomar conciencia de las necesidades de cada hijo que nace y del calor que el individuo debe tener, primero dentro de la familia, y después dentro de la comunidad. Existen escuelas para padres donde se manejan temas acerca del desarrollo del niño y adolescente, problemas médicos, psicosociales, psicosociales, entre otros. Los programas para padres y tutores de los adolescentes específicamente hablando de sexualidad suelen ser únicamente para padres (Higashida, 2008, p. 145).

La Educación de la Sexualidad es un marco de educación permanente donde se informa de manera científica y con mecanismos para incorporar la sexualidad de forma plena, saludable y enriquecedora en las etapas de la vida de acuerdo con la economía, la historia, la sociedad y la cultura en la que se vive (Orjuela et al, 2009, p. 151).

Orjuela y otros (2009, p. 151) mencionan que existen objetivos que se pretenden alcanzar con la educación sexual:

- Promover comportamientos de responsabilidad en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.
- Promover a nivel de pareja, conductas de responsabilidad y razonamientos objetivos respecto a la procreación y al uso de métodos anticonceptivos.
- Favorecer la comunicación entre la pareja, promoviendo relaciones de igualdad, enfatizando en el respeto que merecen todas las personas independientemente de cuál sea su sexo y edad, superando toda discriminación.
- Encaminar el desarrollo de conductas sexuales conscientes, placenteras, libres y responsables con respecto a uno mismo y hacia los demás.
- Educar para un mejor conocimiento del propio cuerpo, como mecanismo de autoestima, de autocuidado de la salud y de respeto.
- Avanzar hacia una reflexión crítica que facilite la adquisición de actitudes positivas respecto de la sexualidad vista como un componente inherente al ser humano.
- Facilitar el proceso por medio del cual pueda identificarse, aceptarse y reconocerse como un ser sexual y sexuado a lo largo de la vida, sin sentimientos de temor, angustia ni culpa.

Los métodos anticonceptivos se clasifican en diferentes formas como métodos temporales lo cuales son los naturales, mecánicos, barreras químicas y métodos hormonales; métodos definitivos o quirúrgicos como la salpingoclasia y la vasectomía; y existen otros sin clasificación específica como el coitus interruptus, que es el coito interrumpido o el receso y la ducha vaginal (Higashida, 2008, pp. 145-146).

La adolescencia es la etapa de la vida que inicia con la pubertad y finaliza con la preparación física, emocional y social completa para responsabilizarse por sí mismo, existen ciertas consideraciones para considerar a un individuo adolescente, sin embargo, tienen que ver con la madurez mental, física, la raza, estado de salud, medio ambiente y sexo (Higashida, 2008, p. 155).

2.2 Educación para la Salud Mental

La independencia psicológica en el adolescente fomenta la capacidad de tomar decisiones, adquirir responsabilidades y ser capaz de ser independiente. Esto a su vez complementa al individuo para considerar su madurez, ya sea temprana, media o tardía, y dependerá del adolescente y su medio (Higashida, 2008, p. 155).

El adolescente es muy imaginativo e idealista, pretende que las cosas y situaciones sean tal y como las piensa, estos tipos de pensamientos requieren lógica, razonamiento, organización y coherencia. Los adolescentes ocupan la información nueva para resolver conflictos de su día a día. Es por eso que cuando el adolescente pretende refutar, debatir o discutir un tema con sus propios pensamientos los padres no suelen comprenderlo y lo toman causa confusión (Berman, Snyder, 2013, p. 392).

Los adolescentes se presentan a un gran número de riesgos de la salud, en especial con las conductas de riesgo. Las situaciones, desafíos psicológicos y demás suelen causar problemas psicológicos en el individuo que está en desarrollo (Berman, Snyder, 2013, p. 393).

La salud mental es de suma importancia como la salud física para el bien general de las personas y sus entornos. Los avances en neurociencia y medicina conductual han demostrado que, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y personales (Sánchez, 2008, p. 17).

Marx (En Sánchez, 2008, p. 19) opinó con respecto al tema, argumentando que la alienación o enajenación mental era la enfermedad fundamental del hombre, sólo solucionable, desde luego, con el socialismo. De las diferentes opiniones existentes es posible derivar tres perspectivas de la salud mental, la primera como una parte integral de la salud y es más que la ausencia de enfermedad, la segunda que está íntimamente conectada con salud física y por último, la tercera, que tiene que ver con el sentido de la felicidad, libertad, paz social y oportunidad, son conceptos que se arraigan más a una persona con buena salud mental.

Freud (en Sánchez 2008, p. 20) menciona que una persona que puede trabajar y amar en armonía es una persona que no requerirá de servicios profesionales de salud mental, es decir, que esta persona que trabaja o estudia, vive saludable, siente amor y respeto por los demás y psicológicamente hablando mantiene sus esferas en equilibrio, es una persona mentalmente estable.

Una persona que posee equilibrio en el ámbito emocional, laboral, estudiantil, familiar, social, etcétera, posee entonces una buena salud mental. La forma de resolver los conflictos que día a día se atraviesan hablará mucho de qué tan estable es una persona, las personas que estallan, las que no, las que saben resolver rápido y los que requieren de más tiempo.

Al ser entonces una persona con salud mental podemos hablar de que, en el ámbito sexual, amoroso y/o de pareja sabrá manejar con asertividad las situaciones que se presenten, debe estar consciente de lo que hace, dice, expresa y comparte con la otra persona.

El Sahili (2012, p. 39) nos habla de una serie de indicadores acerca de una persona mentalmente saludable:

- La frecuencia para hacer el bien.
- El hacer frente a la vida.
- Obtener el sentido de la existencia.
- Vivir la vida con entusiasmo.
- Estar sereno.
- Tener capacidad de perdonar.
- No depender de nadie para poder funcionar psicológicamente.
- La superación de los obstáculos diarios y que éstos no afecten a los pensamientos y sentimientos.

Existen también cinco aspectos constituyentes de la salud mental el primero de ellos es el bienestar afectivo el cual habla de las dimensiones de la experiencia de vivir el placer y la otra de encontrarse activo. Mantener la competitividad hace referencia a sentirse capaz, hacer y tener buenas relaciones sociales, tener trabajos remunerados y hacer sentir a las personas competitivas. La autonomía, es otro aspecto y está constituida por la aptitud de basarse en su propio criterio y opinión. Las aspiraciones hablan de una persona interesada en mejorar, con objetivos reales. Por último, el funcionamiento

integrado, el cual es el todo de la persona en equilibrio, armonía y relación con los demás (El Sahili, 2012, p. 41).

2.3 La importancia del psicólogo.

Dentro de la Psicología Clínica resulta de vital importancia fomentar los acompañamientos orientados a la salud mental de las personas, de tal manera que dentro de estas atenciones ya mencionadas ingresen también la sexología, entendida como un campo del conocimiento orientado a la promoción de que todo individuo tenga la capacidad para relacionarse sanamente con sus cohetarios y en la medida de ello, pueda ser un ejercicio adecuado de su manifestación corporal, cognitiva, afectiva y conductual.

Un psicólogo siempre tiene un plan o varios donde trabaje de manera concisa con tareas, estrategias, herramientas para el paciente referente a lo que necesite, el psicólogo trata de ver las posibles variables y salidas de las problemáticas que se presenten (Borchard, 2012, p. 194).

Todo lo que nos rodea es parte de nosotros, nos enseña, nos cambia, nos transforma, es decir, somos parte de cada persona que tiene influencia sobre nosotros. Incluso tenemos a alguien que admiramos, seguimos y es nuestro modelo por seguir, el psicólogo muchas veces funge esta parte, donde se vuelve un modelo para el paciente (Kottler, 2019, pp. 18-19).

La mayoría de los terapeutas comparten atributos profesionales que se aúnan con valores, intereses y modelos de ayuda. Los terapeutas suelen compartir la empatía, la comprensibilidad, tolerancia, sinceridad, serenidad y seguridad de sí mismos cuando

atienden a un paciente, es lo que les transmiten y hacen que la terapia sea amena. Un terapeuta es conocido por su estabilidad y capacidad de aterrizar, así también por su paciencia.

Fish y Frank (1973,1993, 1996, en Kottler, 2019, p. 4) concluyeron que la mayoría de los sistemas terapéuticos están diseñados para crear expectativas altas de los clientes para un resultado exitoso, el optimismo y esperanza de ellos los han encaminado a la solución de problemas. Existen algunos riesgos al ser terapeuta, como el romper con alguna norma del código ético por la relación con el paciente, ya que los juicios y acciones profesionales y científicas pueden afectar la vida del paciente, por lo tanto, el psicólogo salvaguarda la vida y estabilidad del paciente (Sociedad mexicana de Psicología, 2010, p. 69).

Un psicólogo debe tomar las precauciones adecuadas para que los comentarios que se expongan en público, en frente a muchas personas, en conferencias, etcétera, no afecten su carrera y evite que los receptores de esta información sean afectados (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010, p. 72).

La toma de decisiones es una forma de la solución de problemas, un terapeuta, por lo general, encamina al paciente a reconocer la mejor opción disponible o las que más sea viable ante sus situaciones o problemáticas y satisfaga sus necesidades y metas. Las decisiones se toman todo el tiempo, desde qué vestir, hasta qué trabajo elegir o qué carrera tomar, una buena orientación ayudará a una buena toma de decisiones (Morris y Maisto, 2009, pp. 293-294).

CAPÍTULO III

MODELO Y ÁREA DE LA PSICOLOGÍA

3.1 Modelo Psicológico: Sistémico.

El movimiento sistémico en psicología se conoce también con el nombre de “terapia familiar sistémica”, su evolución ha tenido como base el trabajo de terapia con familias (Garibay, 2013, p. 4).

La Teoría General de los sistemas está compuesta de un conjunto de enfoques que varían en estilo y metas, existen modelos que están más avanzados y complicados que otros. El propósito de esta teoría es la formulación y derivación de aquellos principios válidos para los sistemas en general (González, 1999, p. 110).

Todo sistema está estructurado de manera jerárquica y se comprende por diferentes ámbitos, la autoridad puede estar repartida en el sistema, pero siempre existe una punta donde se encuentra en líder de éste, por otro lado, los límites y las alianzas se dan en los subsistemas y de manera más personal hacia los demás, por último, el territorio y la geografía del sistema se refieren al espacio que ocupa cada miembro en determinado contexto y con estos dos se entiende la dinámica familiar (González, 1999, pp. 114-115).

Un sistema es un conjunto de elementos dinámicamente estructurados. Para entender un sistema es de importancia considerar no sólo sus elementos sino también sus propiedades que resultan de la totalidad y la interacción entre ellos (Feixas y Miró, 1993, p. 256).

En la teoría general de sistemas hay que distinguir entre (Feixas y Miró, 1993, p. 257):

- Suprasistema. Que es el medio en que se desenvuelve.
- Los subsistemas. Los componentes del sistema.
- Sistemas cerrados. Cuyos componentes no intercambian información.
- Sistemas abiertos. Sus componentes sí intercambian información

a) Antecedentes

Este modelo se ha procesado de acuerdo con la incorporación de principios y conceptos de diferentes modelos. Von Bertalanffy en 1925 propone un trabajo de Teoría de los Sistemas Abiertos, de ahí surge la idea general de teoría de los sistemas (Garibay, 2013, p. 5).

En 1986 surge formalmente la teoría de los sistemas con dos proposiciones de Bertalanffy: en la primera hace referencia a la fundamentación teórica acerca de las razones por las cuales se debe cambiar el paradigma metodológico imperante de la física; la segunda se propuso para promover la sociedad para la investigación de sistemas, esta para concentrar esfuerzos, estudios, resultados, hallazgos e investigaciones desde diferentes campos (Garibay, 2013, p. 5).

El desarrollo de los modelos sistémicos va unido con la terapia familiar, a principios del siglo se daban consejos al matrimonio y orientaciones infantiles, esto en ocasiones incluía a los demás miembros de la familia (Feixas y Miró, 1993, p. 252).

En la década de los años cuarenta se produjeron aportaciones de autores como Fromm, Horney y Sullivan que, del marco psicoanalítico, iban más allá de la ortodoxia freudiana. Los conflictos familiares y la importancia de las relaciones familiares para la sociedad se pusieron de manifiesto en el enfoque psicoanalítico (Feixas y Miró, 1993, p. 253).

Bell, en la terapia familiar, tuvo su aporte accidental gracias a una malinterpretación de la narración de Sutherland al describirles los métodos terapéuticos de Bolwby, Bell entendió que realizaba entrevistas conjuntas, es decir, todos los miembros de la familia a la vez, por lo tanto, comenzó a realizarlas de ese modo para el tratamiento de problemas infantiles y obtuvo un éxito considerable (Feixas y Miró, 1993, p. 254).

Bateson, Jackson, Haley y Weakland en 1956, tuvieron éxito con su teoría del doble vínculo del análisis comunicacional de las familias de esquizofrénicos, supuso un hito fundamental en el nacimiento del modelo sistémico de terapia familiar (Feixas y Miró, 1993, p. 254).

En 1962 Jackson y Ackerman fundaron la revista Family Process y desde entonces ha sido fundamental en la comunicación científica para el movimiento sistémico. Jackson crea el MRI (Mental Research Institute) de Palo Alto que fue el primer centro en presentar programas de formación en terapia familiar (Feixas y Miró, 1993, p. 255).

Durante la década de los sesenta Minuchin inicia un proyecto de investigación con familias de bajo nivel social, con problemas de delincuencia, así permitió el desarrollo de un estilo en particular de hacer terapia familiar, lo cual es la escuela estructural (Feixas y Miró, 1993, p. 255).

En 1967 el grupo de Milán compuesto por Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giulana Prata inician un centro de investigación en terapia familiar de amplias repercusiones para el movimiento sistémico internacional. El impacto es tan poderoso que constituyen la escuela de Milán (Feixas y Miró, 1993, p. 256).

A) Autores y teorías

Existieron dos grupos muy importantes para la teoría sistémica que con el paso del tiempo se unieron de modo gradual y por su compatibilidad en el abordaje sistémico, creció. Parte de esos grupos se encontraban: Minuchin, Ackerman, Bowen, Whitaker, Wynne, Fleck, Bell, Auerwarld, Bateson, Jay Haley, John Weakland, Don Jackson y Virginia Satir, Bertalanffy, Weiner y Bertran Russell (Garibay, 2013, p.18-19).

Nathan W. Ackerman fue uno de los primeros terapeutas en identificar al grupo familiar como un punto importante en la evolución de los conceptos de salud mental, es decir, todo bien y mal que presente el paciente es gracias a la formación en familia que tuvo (Garibay, 2013, p. 20).

Las escuelas del modelo sistémico en terapia familiar son desarrolladas desde la cibernética, y pertenecen a la modernidad que parten del hecho de que es el terapeuta quien observa el sistema, determina y aplica en base a su conocimiento. Los modelos y teorías del ámbito sistémico son (Álvarez, et al, 2016, p. 167):

- *Teoría de la Comunicación Humana y la escuela de palo alto:* Mantiene un pensamiento de que si uno de los miembros del sistema falla, todos fallan, así

también establecen una serie de axiomas que reflejan las patologías de la comunicación (Álvarez, et al, 2016, p. 167).

Los autores decían que es imposible no comunicar, de una forma u otra alguien responde a algo, sean acciones, gestos o las palabras mismas; toda comunicación tiene un elemento de contenido y otro de relación, de tal manera que el segundo clasifica al primero y por ello se la metacomunicación; los seres humanos comunican de cualquier forma, verbal o no verbal; todos los intercambios de comunicación son simétricos o complementarios, según si están basados en la igualdad o diferencia; y toda comunicación implica considerar la puntuación de una secuencia de hechos (Álvarez, et al, 2016, p. 168).

A esta escuela también se le conoce dentro del campo de las terapias breves por su trabajo en diez sesiones, los autores parten de la concepción de que el cambio terapéutico no es esencialmente su evolución, incluso decían que la solución es el problema. Neutralizar la solución aplicada al problema es parte del proceso cibernético de feedback (Feixas y Miró, 1993, p. 265-266):

- *Modelo Estructural*: Minuchin era especialista en el estudio de la estructura familiar, incluso la definió como “una serie invisible de demandas funcionales que se organizan en la manera en que sus miembros interactúan” (Álvarez, et al, 2016, p. 171).

La estructura hace referencia a la configuración de la familia, toda se maneja con las aproximaciones y/o alejamientos que tengan los miembros entre ellos. Sánchez y Gutierrez (2000, en Álvarez, et al, 2016, p. 171) hablan de los componentes esenciales del modelo:

- La estructura es la forma de organización, en ésta los miembros de la familia interactúan. De acuerdo con la estructura las reglas establecidas son de acuerdo a las vivencias.

- Los subsistemas son las uniones conjuntas de ciertos miembros de la familia para desarrollar algunas funciones.

- Los límites son indispensables en el grupo, regulan las relaciones de uno con otro, delimitan y definen la autonomía de cada miembro. Pueden ser rígidos o difusos.

En este modelo se maneja la reestructuración del sistema como una redistribución de las posiciones jerárquicas y de nivel en el centro de la familia (Álvarez, et al, 2016, p. 171).

- *Modelo Estratégico:* Se desarrolló a partir de la terapia estratégica de Milton Erickson, quien propuso las “tareas en casa” y éstas fueron y son utilizadas no por el contenido como tal, sino por el significado simbólico que se asume en la vida de los miembros de la familiar, y para desviar la atención de los síntomas (Álvarez, et al, 2016, p. 173).

La Terapia Estratégica se considera cuando se diseña un enfoque particular para cada situación, se establecen objetivos claros y que el método no sea el mismo para todos los casos (Álvarez, et al, 2016, p. 173).

La terapia se focaliza en la modificación de analogías y metáforas en el sistema, donde se intervenga firmemente ya sea de manera paradójica o directa, sencilla o global. Las intervenciones directas se planean para modificar secuencias de la interacción de los miembros, mientras que las paradójicas son planteadas

sin explicación (Álvarez, et al, 2016, p. 173).

Las nociones principales son sencillas pero potentes, postulan que los sistemas se organizan en forma de alianzas y coaliciones, requiere mínimo de tres miembros. La alianza sería la aproximación de dos o más miembros donde los “excluidos” se sitúen de manera distante. Las coaliciones la mayoría de las veces son negadas, entonces son más difíciles de detectar en las entrevistas, estas llevan a una meta en común del sistema (Feixas y Miró, 1993, p. 267).

- *Modelo Centrado en Soluciones:* Steve de Shazer fue colaborador y exponente del modelo estratégico, pero también fundador de la terapia centrada en soluciones. Con este modelo se lleva al paciente a la importancia de los recursos de cada uno y al interés por la comunicación (Álvarez, et al, 2016, p. 174).

Bertrando y Toffanettu (2004 en: Álvarez, et al, 2016, p. 174) señalan los presupuestos fundamentales del modelo:

- Los problemas derivan de cómo actúan y reaccionan las personas; no son sólo de origen patológico.
- No es necesario llegar a las raíces de un problema para encontrar una solución; además podría no existir ninguna “raíz”.
- Es importante comprender la visión que tienen los clientes de cuánto les sucede, mucho más que crearse una visión propia basada en las nociones de terapeuta.
- No es necesario que el terapeuta sepa algo del problema presentado.
- Para que se dé el cambio, es condición necesaria y suficiente que el cliente se comporte de modo distinto o vea las cosas de manera diferente.

Para Shazer una de las aportaciones más importantes es la técnica de “la pregunta milagro”, que consiste en plantearle al paciente lo siguiente: “Imagine que esta noche sucede un milagro y que mientras usted duerme, el problema se resuelve... ¿Cómo lo sabría? ¿Qué habría cambiado? ¿Qué vería diferente? ¿Cómo lo notaría su mujer, madre e hijos?” De esta manera el terapeuta conduce a posibles escenarios futuros para el paciente (Álvarez, et al, 2016, p. 174).

- *Modelo de Milán*: El modelo parte con las familias sintomáticas que tienen patrones rígidos y repetitivos a las que se le implementa una serie de “juegos” que se basan en coaliciones secretas entre los miembros de la familia, teniendo como objetivo el funcionamiento del sistema. El terapeuta participa para generar cambios y lo logra con el uso de contraparadojas, la cual consiste en aplicar la teoría del doble vínculo en la práctica terapéutica, modificando la configuración general de las relaciones (Álvarez, et al, 2016, p. 175).

El grupo de Milán define un nuevo principio terapéutico que consiste en acentuar los comportamientos de la familia de manera lógica y positiva, a todo se le llama connotación positiva. La circularidad es un concepto básico en el modelo, pues es la capacidad del terapeuta para conducir su investigación basándose en las retroalimentaciones (Álvarez, et al, 2016, p. 176).

Los tratamientos y terapias familiares suelen tener un número reducido o limitado de sesiones. Los recursos técnicos son aquellos que el terapeuta emplea de manera profesional, como lo son las técnicas terapéuticas y las revisiones detenidas de las problemáticas que se presentan (Feixas y miró, 1993, p. 272).

La reformulación adquiere formas concretas de cambiar el marco conceptual o emocional en el cual se produce la situación. Se intenta cambiar o reestructurar el contexto donde fue desenvuelto el problema para tener otro punto de vista, para esto igual se deben implementar expectativas o metas de esa situación (Feixas y Miró, 1993, p. 273).

c) Técnicas del Modelo.

- Terapia Conversacional-Colaborativa: La forma de participar en las sesiones, quiénes, cuándo y cómo participarán y lo que se hablará en cada una de ellas, son decisiones que tomará el grupo. El terapeuta aprenderá del paciente, conociéndolo y creando preguntas o herramientas para aprender más sobre la experiencia de él, con la conversación emergen los diálogos socio-conversacionales y se crean nuevos significados que ayudan a expandir la realidad y la solución de problemas (Álvarez, et al, 2016, pp. 178-179).
- Terapia Narrativa: Esta intervención terapéutica utiliza la literatura como base, el paciente hablará del problema, con detalles, con los sucesos completos, como si contara un cuento, en un inicio la historia podría estar enganchada al paciente, es decir, el paciente hablará con frustración, tristeza, enojo, felicidad, etcétera. Las sesiones de terapia narrativa no tienen una duración determinada (Álvarez, et al, 2016, p. 181).

White y Epston (1993, en Álvarez, et al, 2016, p.180) establecen características de esta modalidad de terapia:

- Se les da la máxima importancia a las vivencias de la persona

-Se favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal.

- Invoca el modo subjuntivo, al desencadenar presuposiciones, establecer significados implícitos y generar perspectivas múltiples.

- Estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco en la descripción de vivencias y en el intento de construir nuevos relatos.
- Invita a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno en los actos interpretativos.
- Fomenta el sentido de la autoría y la reautoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar la propia historia.
- Reconoce que la historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el objeto se convierta en autor privilegiado.
- Introduce de manera consistente los pronombres yo y tú en la descripción de los eventos.

Existen algunas pautas que Payne (2002 en Álvarez, et al, 2016, pp.180-181) señala dentro de la terapia:

- Bautizar el problema
- Externalización
- Preguntas de influencia relativa
- Reconstrucción de desenlaces inesperados.
- Invitar a la persona a adquirir una postura
- Uso de documentos terapéuticos
- Uso de testigos externos
- Recordar
- Terminación de la terapia

- **Terapia de Apoyo:** La terapia de apoyo se basa en el primer instante en que una persona se aproxima a los problemas de naturaleza emocional de otra y le brinda apoyo, este tipo de terapia ha sido aplicado tanto por personas no profesionales como amigos, familiares, maestros, médicos, etcétera, como por personas profesionales en el tema como psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales (González, 1999, p. 21).

El objetivo de la terapia es brindar o llevar al paciente a un equilibrio emocional rápido, minimizando o eliminando los síntomas. No se cambia ni se reestructura la personalidad, sin embargo, se crean nuevos conceptos y perspectivas de las situaciones (González, 1999, pp. 21-22).

- **Guía o Conducción:** La guía se considera una serie de procedimientos que proveen de ayuda activa a un individuo, también es considerada como la consejería y técnicas de educación. Se utiliza en temas como salud, educación, empleo y relaciones interpersonales. La conducción es aplicada a personas con carácter dependiente y que aceptan ser guiada, en este punto la dependencia se considera una cualidad (González, 1999, pp. 25-27).
- **Manipulación Ambiental:** La manipulación ambiental intenta darles solución a las situaciones emocionales del paciente. El paciente modifica, organiza o cambia el ambiente y se crean nuevas perspectivas, así cambia su situación emocional. El terapeuta interviene en la creación del nuevo ambiente, muchas veces es difícil ya que el paciente no permite el cambio gracias a su tipo de vida y no se siente bien con el derecho de modificar el ambiente y que fallaría a su lealtad con este ya sea por cuestiones laborales, familiares, etcétera (González, 1999, p. 27).
- **Externalización de intereses:** Esta técnica es empleada en distintas situaciones, una de las más usuales es cuando el paciente se encuentra en un punto de tensión interna y ansiedad que no le permiten ver por sus gustos. Puede

ir acompañada de otras técnicas para incrementar las tareas e intereses del paciente. Al reconocer sus gustos y hablar acerca de ellos es más fácil ponerlos en práctica e incluso jerarquizarlos (González, 1999, pp. 28-29).

- Inducción a la tranquilidad: Se proporciona al paciente una tranquilidad verbalizada, es aplicada en cuestiones irracionales del paciente, es decir, que sus miedos, fantasías o pensamientos irracionales lo envuelven, abrumándolo. Al paciente se le da la pauta de que todos sus miedos, fantasías, etcétera tiene un fundamento. Esta técnica es inútil si es aplicada bajo juicio y si se aplica a conflictos básicos y profundos de la personalidad (González, 1999, p. 29).
- La Solución es el Problema. Es una técnica propia de la escuela de Palo Alto, parte de la concepción de que el cambio terapéutico no esencialmente
- Mandala personal. Esta técnica permite al individuo un mayor conocimiento personal y estimular a su entorno para ser más humanos y vivir con mayor intensidad.

La técnica comienza con imaginar que la persona mira a través de unos anteojos de 8 lentes y cada uno refleja una parte esencial de individuo:

- Su cuerpo, la parte física.
- Sus pensamientos la parte intelectual.
- Sus sentimientos, la parte emocional.
- Sus sentidos las partes sensoriales: ojos, oídos, piel, lengua y nariz.
- Sus relaciones, la parte interactiva.
- Su contexto, espacio, tiempo, aire, color, sonido y temperatura.
- Su nutrición, los líquidos y sólidos que ingiere.
- Su alma, la parte espiritual.

Cada una de estas partes tiene una función diferente, puede analizarse de manera independiente, pero, todas las partes tienen que interactuar entre sí.

- Reencuadramiento. En este los miembros de la familia se vivencian a sí mismos y a los demás de manera diferente. El cuadro que la persona se tiene de sí misma no es el mismo que proyecta hacia su entorno. Las personas son influidas y moldeadas por sus contextos y por las características que éstos señalan. El reencuadramiento entonces, define o redefine al individuo en ayuda de su contexto.

- Técnica de intervención reestructuradora. Esta técnica ayuda a los miembros a encontrar un equilibrio y cambiar las distancias entre ellos. Existen tres tipos de técnicas:
 - a) Técnica de fijación de límites.
 - b) Técnica de desequilibrio.
 - c) Enseñanza de la complementariedad.

- Técnicas terapéuticas de cambio de visión. Minuchin (en González, 1999, p. 30) divide en tres tipos:
 - a) Técnicas para la modificación de constructos cognitivos
 - b) Las intervenciones paradójicas
 - c) Las facetas fuertes de la familia

- Uso de los desafíos. Los terapeutas familiares han dividido en:
 - a) La escenificación.
 - b) El enfoque o focalización.
 - c) El uso de la intensidad.

- Coparticipación. Consiste en crear interacción entre grupos creando un nuevo circuito y acostumbrar al grupo a cambios, a la presencia de extraños y a lo ajeno, ayudando al cambio y brindando equilibrio.

3.2 Área de la psicología: Educativa.

Una buena enseñanza proviene de una buena comprensión de la vida del estudiante, es decir, aplicar las vivencias que el servidor tuvo como estudiante, estudiar las diferentes opiniones de los demás y aplicar a la enseñanza del día de hoy (Woolfolk, 1999, p. 11).

La psicología educativa es una disciplina distinta con sus propias teorías, métodos de investigación, problemas y técnicas. Wittrock (1992 en Woolfolk, 1999, p.11) decía que la psicología educativa difería de las otras ramas porque tiene como meta principal la comprensión y el mejoramiento de la educación.

Un psicólogo educativo estudia lo que la gente piensa, hace e incluso lo que siente, se centra en el estudio de los problemas cotidianos de la educación, de esto se derivan las teorías, los métodos, modelos, procedimientos, análisis, herramientas, etcétera (Woolfolk, 1999, p. 11).

Si bien al educar se tienen respuestas comunes ante preguntas que el psicólogo educativo contempla como variantes investigación, el psicólogo educativo atiende las problemáticas o cuestiones de grupo con base a la investigación, es decir, indaga en las situaciones y toma una decisión que beneficie a sus miembros (Woolfolk, 1999, pp.11-12).

La Psicología Educativa tiene como objetivo comprender la enseñanza y el aprendizaje, la investigación es parte importante del proceso para comprenderla mejor, el cual es lento y pocas veces se resuelven por completo las cuestiones. Cuando la investigación no es suficiente, el psicólogo que está investigando tiene que acudir a las

teorías y algunas teorías son acertadas y han dado predicciones perfectas, cuando la investigación lleva a basarse en ellas puede o no, funcionar (Woolfolk, 1999, pp. 15-16).

Un psicólogo se dedica a la comprensión extensiva del ser humano, con metas a mediano y largo plazo, sin embargo, los psicólogos educativos hablan acerca de tener resultados a corto plazo con bases teóricas para fundamentarlos, ahora bien, no hablan de solo obtener resultados certeros, sino que con fallas e intentos se logren concretar (Sprinthall, et al, 1996, p. 2).

La educación tiene como objetivo principal la práctica, sin embargo, la psicología educativa tiene dos vertientes: la teoría y la práctica. No es sumamente experimental para que se considere dentro de la psicología, ni meramente práctica para ser una profesión independiente. La práctica entonces será el objetivo fundamental y la teoría proporciona un conjunto de explicaciones y principios lógicos coherentes y abstractos (Sprinthall, et al, 1996, p. 3).

Al comprender la Psicología Educativa nos encontramos con cuatro dificultades que aparentemente son obvias para ambas ramas (la psicología y la educación) sin embargo, están presentes. En primer lugar, conocer a los alumnos y saber cuáles son las necesidades, sus emociones y sus particularidades de cada uno es fundamental y lo sabe el educador y el psicólogo, sin embargo al impartir la clase es olvidado completamente: la segunda dificultad se centra en la actitud del profesor, su comprensión y su proceso de enseñanza, puesto que se tiene que adaptar a las modalidades de él, de los alumnos, y su contexto; en tercer lugar, las estrategias de aprendizaje aplicadas en el aula, la flexibilidad de éstas y cómo operan con los alumnos; y por último, el contenido de los conocimientos compartidos, qué se conoce, qué aprenden los alumnos, que comparten y que será nuevos para ambas partes (Sprinthall, et al, 1996, pp. 6-7).

Las teorías y conocimientos aplicados en la Psicología Educativa deben estar relacionados con el aprendizaje natural considerando los factores cognoscitivos, afectivos y sociales. Se han considerado dos modalidades de aprendizaje, por recepción que es la repetición y por descubrimiento lo que es el significado. Sin embargo, ambos aprendizajes pueden ser significativos, por un lado, cuando el alumno tiene el conocimiento y lo relaciona con algo ya existente o ejemplifica, y, por otro lado, cuando es potencialmente significativo para reestructurar de manera cognoscitiva (Ausubel, et al, 2000, p. 17).

La Psicología Educativa se basa en dos premisas: una que nos habla de la naturaleza del aprendizaje y los factores que influyen, no olvidando la competencia que se necesita para enseñarlo; y la segunda, que el conocimiento puede sistematizarse y transmitirse con eficacia, aunque se necesita la habilidad para enseñarlo y aplicarlo. “Los profesores nacen, no se hacen.” Ambas premisas son teóricas ya que existen diferentes puntos a favor o en contra de cada una e incluso derivan de ellas otras teorías y/u opiniones (Ausubel, et al, 2000, p. 19).

Los principios educativos son aplicables a cualquier práctica y flexibles para cualquier cambio; los principios psicológicos contribuyen a resolver cualquier problema pedagógico aportando sus conocimientos acerca de capacidades, procesos y aspiraciones de aprendizaje. Es así como ambos en conjunto son capaces de funcionar de manera eficaz (Ausubel, et al, 2000, p. 20).

La Psicología Educativa propone observar al alumno en su proceso y situación de aprendizaje, Good y Brophy (1996, p. 4) mencionan que el estudio de la psicología educativa incluye las siguientes áreas:

- 1) Objetivos educativos y diseño instruccional.
- 2) Desarrollo, personalidad y aptitud del estudiante.
- 3) El proceso de aprendizaje; teorías de aprendizaje y de la motivación.
- 4) La psicología de los métodos de enseñanza: seleccionar, organizar, motivar, explicar y proporcionar una base a los esfuerzos de aprendizaje de los estudiantes.
- 5) Dinámica social.
- 6) Manejo del salón de clases: prevenir y responder a los problemas de conducta, obtener la cooperación de los estudiantes, permitir a los estudiantes asumir una responsabilidad apropiada para manejar su propio aprendizaje.
- 7) Evaluación de resultados.

La Psicología Educativa también se especializa en la comprensión de la enseñanza y el aprendizaje en escenarios educativos. Su raíz es la investigación para proporcionar datos basados en ella y que después esos conocimientos o teorías sean aplicables en la vida educativa; dado que se habla de educación también tiene como referencia la experiencia escolar de los profesores y las experiencias personales y de los más cercanos (Santrock, 2002, p. 6).

CONCLUSIONES

Durante esta investigación se ha profundizado en los conocimientos de sexualidad, mucho de lo que se ha aprendido y corregido de los conocimientos previos me han sido muy útiles para contribuir a esta investigación; saber más y entender las etapas de un adolescente es complicado pues sufre cambios a lo largo de su transformación de niño a adulto y el enfocarse en el área sexual no ha sido posible, así que se tuvo que leer e indagar en los procesos de cambio que sufren en sus diferentes esferas con el proceso de transformación.

Unir sexualidad y adolescencia ayuda a poder darle consistencia al tema, ya que son la base del tema y le da sentido al propósito de ayuda para este grupo, con estas bases se brinda información amplia desde qué es el cuerpo humano, su género, sexo y las definiciones que a estos se le dan dependiendo el contexto y por otra parte el lado psicofisiológico de un adolescente, sus cambios, transformaciones y la manera en que se desenvuelve en su entorno; todo aunado me dará un excelente resultado para el proyecto, es específico un programa de educación sexual para adolescentes.

El principal punto de investigación ha sido ayudar y contribuir al conocimiento de la sexualidad para los adolescentes, al igual que retirar o minimizar tabúes, mala información o información no completa, permitiendo así, una mejor vivencia y experiencias confortables de la etapa en la que se encuentran. Así mismo generar un ambiente de confianza del adolescente con los profesionales de la salud para poder acudir con ellos y sentir apoyo en cuanto a cuestiones sobre si mismos o de su entorno respecto a la sexualidad, ya que se comprende que en distintas situaciones suele ser un tema que cause pena o retraimiento en el adolescente.

Es conocido que las pláticas que rutinariamente se les dan a los adolescentes, especialmente a nivel secundaria y bachillerato, son de temáticas de prevención de enfermedades de transmisión sexual, infecciones de transmisión sexual, embarazos a temprana edad, embarazos no deseados, preservativos y consecuencias de una vida sexual activa; sin embargo, es importante considerar que algunos adolescentes ya presentan una vida sexual activa, que en estos casos dicha información pudiera generar acciones maduras y responsables sobre la misma. La información incompleta o inapropiada para los adolescentes los hace confundir e incluso despertar aún más la curiosidad de este, incitándolo a que investigue en internet, que pregunte con personas de su edad o se base de experiencias de otras personas para actuar similar a ellos. Es importante considerar que los ambientes familiares y sociales que no son encaminados sanamente podrían influir al adolescente a tomar algunas decisiones impulsivas o irresponsables.

Es importante informar sobre los temas sin algún punto de opinión respecto al estar a favor o en contra de las relaciones sexuales en los adolescentes. Dar a conocer todo acerca de este tema es fundamental para una vida sexual sana; no solo tener relaciones sexuales con protección e incluso una planificación familiar sino de conocimiento general para el adolescente respecto a su toma de decisiones y en su vida sexual a futuro.

Una de las limitantes ha sido la pandemia, pues el taller que se podría implementar es presencial, sin duda es adaptable, pero también es riesgoso para la salud del expositor y la de los participantes. Parte del taller o el programa de Educación Sexual podría ser impartido en línea o de manera presencial, en cambio tendríamos limitantes en cuestión de participantes, horarios y actividades que se realizarían. Sin embargo, se ha tenido gran apoyo para no dejar este proyecto sin terminar y complementar información y aún más, crear estrategias para aplicar dicho taller.

Una de mis propuestas de forma presencial para los adolescentes es crear un Programa de Educación Sexual donde se impartiría un taller, para alumnos de secundaria y bachillerato, las sesiones serían mixtas sin separar a hombres de mujeres ya que uno de los puntos es que ambos sexos conozcan de manera clara lo que conlleva la sexualidad y parte de es el conocimiento general de esta, se tocarían temas de anatomía, adolescencia, emociones, sexualidad, etcétera, cada uno de estos temas con alguna actividad de refuerzo para dejar claros los conocimientos, entre otras actividades dentro del taller. En este taller también se incluirá a padres y tutores de los adolescentes para establecer una mejor comunicación entre ellos. Incluso crear una entrevista a personas de público en general o personal de salud que quisieran compartir su experiencia, sus conocimientos y también que busquen resolver dudas de los participantes. El taller o plática a futuro será de mucha ayuda especialmente en zonas rurales y de nivel bachillerato, ya que considero que es donde más se necesita este tipo de abordaje.

Otra de las propuestas consiste en apoyar y educar al adolescente en temas de sexualidad, específicamente en temas tabús o de duda para él, a través de pláticas o conferencias, ya que se sabe que el adolescente varias veces está mal informado por compañeros o amigos, páginas de internet, pláticas con censura, etcétera o no se le proporciona la información adecuada y abierta totalmente. Entonces así comenzar a dar conocimiento de estos temas de manera abierta y posteriormente seguir reforzando o brindar psicoeducación al adolescente de manera continua.

No solo se busca implementar las propuestas en escuelas, sino en centros de salud u otras instituciones que se interesen en la salud del adolescente y en su madurez sexual. También se busca que cualquier persona se acerque al programa con el fin de conocer, aprender y resolver sus dudas que tengan. Incluso teniendo, en un futuro, un módulo de apoyo o de información.

REFERENCIAS

Aberastury A, Knobel M., (2008), La adolescencia normal, México, Editorial Paidós mexicana.

Álvarez Gayou J.L., (2011), Sexoterapia integral, México, Manual Moderno.

Álvarez R., (2005) Educación para la salud, México, Manual Moderno.

Álvarez S., et. Al. (2016) Terapia en contexto. Una aproximación al ejercicio psicoterapéutico, México, Manual Moderno.

Arango de Montis I., 2008, Sexualidad humana, México, Manual Moderno.

Ausubel D., et. Al. (2000) Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo, México, Trillas.

Berman A., Snyder S. (2013) Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica, volumen II, Madrid, Pearson educación S.A.

Berman A., Snyder S. (2013) Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica, volumen I, Madrid, Pearson educación S.A.

Borchard T. (2012) Terapeuta de bolsillo, México, Nueva imagen.

De la fuente J., (2012), Salud mental y medicina psicológica, México, Mc Graw Hills interamericana.

El Sahili L., (2012) Psicopatología clínica, México, Trillas.

Feixas G., Miró M., (1993), Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos, Barcelona, Paidós.

Garibay S., (2013) Enfoque sistémico: una introducción a la psicoterapia familiar, México, Manual Moderno.

González J., (1999) Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas, México, Manual Moderno.

Good T., Brophy J., (1996) Psicología educativa contemporánea, México, Mc Graw Hill.

Higashida B., (2008) Educación para la salud, México, Mc Graw Hills interamericana.

Horton P., Hunt C., (1988), Sociología, Estados Unidos, Sexta edición: Mc Graw Hill Interamericana.

Kottler J., (2019) Los retos de ser terapeuta, México, Manual Moderno.

Mc Kinney J.P., Fitzgerald H.E., Strommen E.A., (1982), Psicología del desarrollo; edad adolescente, México, Manual Moderno.

Morris C., Maisto A., (2001), Psicología, New Jersey U.S.A, Décima edición: Prentice Hall.

Muuss E., (1984) Teorías de la adolescencia, México, Paidós studio.

OMS, (2006) Concepto de sexualidad, México.

Orjuela O., Almonacid C., Chalá M., (2009) Educación para la salud: programas preventivos, Colombia, Manual Moderno.

Papalia D.E., Wendkos S., Duskin R., 2001, Desarrollo humano, Octava edición, Colombia, Mc Graw Hill Interamericana.

Sánchez P., (2008) Psicología clínica, México, Manual Moderno.

Santrock J., (2002) Psicología de la educación, México, Mc Graw Hill.

Sociedad mexicana de Psicología, (2010) Código ético del psicólogo, México, Trillas.

Sprinthall N., ET AL., (1996) Psicología de la educación, Madrid, Mc Graw Hill.

Woolfolk A., (1999) Psicología educativa, México, Prentice Hall.